



AUTEURS SGDL - tarifs 2024 - Augmentation du PMSS soit 5,4%

	NIVEAU 1			NIVEAU 2		
Adulte	2,08 % PMSS	soit	80,37 €	2,65 % PMSS	soit	102,40 €
Enfant	1,04 % PMSS	soit	40,19 €	1,33 % PMSS	soit	51,39 €

SGDL prestation 2024

Les remboursements sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
	Niveau 1
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme (hors hospitalisation)	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Actes d'imagerie médicale	160% BR (135% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	160% BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	160% BR
Matériel médical	
Produits (petit appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (hors aides auditives, prothèses dentaires et grand appareillage)	180% BR
Grand appareillage inscrit sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Ss	230% BR
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65 %	100% BR
Médicaments remboursés à 30 % et 15 %	100% BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	210% BR
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (y compris inlays-onlays)	200% BR
Actes techniques	180% BR
Prothèses 100 % santé⁽¹⁾	
Prothèses dentaires 100 % santé	100% HLF
Prothèses hors 100 % santé	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	320% BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs libres	320% BR
Orthodontie	
Orthodontie	350% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Implantologie dentaire (chirurgie et connectique implantaire)	400 € par an et par bénéficiaire 350 € par prothèse (max 3 prothèses par an et par bénéficiaire)
Prothèses dentaires	1160 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie adulte et enfant	1160 € par an et par bénéficiaire
Optique⁽²⁾	
Équipement	
Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres.	
Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera la composante :	
- classe A, à hauteur du prix limite de vente ;	
- classe B, à hauteur de la garantie « Équipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :	
- 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ;	
- 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ;	
- 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.	
Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition d'au moins une des deux composantes de	
Équipement 100 % santé⁽³⁾	
Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	100% PLV
Équipement hors 100 % santé (dont 100 € maximum au titre de la monture)	
Classe B : équipement avec deux verres faible correction	300 €
Classe B : équipement avec 1 verre faible correction + 1 verre moyenne correction	400 €
Classe B : équipement avec 1 verre faible correction + 1 verre forte correction	500 €
Classe B : équipement avec 2 verres moyenne correction	600 €
Classe B : équipement avec 1 verre moyenne correction + 1 verre forte correction	700 €
Classe B : équipement avec 2 verres forte correction	750 €
Lentilles correctrices	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Ss	200 € par an et par bénéficiaire 100 % TM au-delà pour les lentilles correctrices remboursées uniquement.
Suppléments	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale	100% BR

Autres suppléments	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chirurgie réfractive	250 € par œil
Hospitalisation (Y compris frais d'accouchement et à l'exclusion des établissements médico-sociaux)	
Honoraires	
Consultation	160% BR (135% BR si votre médecin n'adhère pas au DPTAM)
Actes techniques	160% BR (135% BR si votre médecin n'adhère pas au DPTAM)
Frais de séjour	
Frais de séjour	235% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Ss	100% FR
Transport	
Transport	210% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans nuité	60 € par jour
Lit accompagnant enfant - de 12 ans	1,5% PMSS par jour
Aides auditives(2)	
Délais de renouvellement : Conformément aux dispositions de l'instruction du 4 Juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacun des équipements.	
Equipement 100 % santé (4)	
Aide auditive classe I	100% PLV
Equipement hors 100 % santé	
Aide auditive classe II	150% BR dans la limite de 1700 € (5) par aide auditive
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	260% BR
Cure médicale	
Cure thermale (traitement thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	10% PMSS par an et par bénéficiaire
Forfait actes lourds	
Forfait actes lourds non remboursé par la Ss et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	100% FR
Liste Audiens Bien-Etre Santé	
Liste Audiens Bien-Etre Santé	60% FR limité à 250 € par an et par bénéficiaire
BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Retrouvez la valeur sur le site Ameli. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente. Ss : Sécurité sociale. DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. TM: Ticket Modérateur. Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation des contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs.	
(1) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale	
(2) conformément aux dispositions prévues à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale	
(3) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 3° du code de la Sécurité sociale	
(4) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 4° du code de la Sécurité sociale	
(5) Le cumul des remboursements de Plevel et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € par aide auditive.	

L'ensemble des dispositions du contrat répond aux critères qualifiant les contrats « responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité

Transparence de gestion

Article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale

Garanties responsables - Informations obligatoires communiquées par la Mutuelle

Ces informations obligatoires correspondent à deux ratios, à la composition des frais de gestion et à divers paragraphes supplémentaires dont la rédaction est codifiée.

Le premier ratio, exprimé en pourcentage, correspond au ratio entre d'une part le montant des prestations versées et provisionnées par la Mutuelle, au titre de l'exercice 2022, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2022, pour les mêmes garanties. Il s'élève à quatre-vingt-trois virgule soixante-neuf pour cent.

Le deuxième ratio, exprimé en pourcentage, correspond au ratio entre d'une part le montant total des frais de gestion de la Mutuelle, au titre de l'exercice 2022, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2022, pour les mêmes garanties. Il s'élève à dix-huit virgule quatre-vingt-huit pour cent.

Composition des frais de gestion : frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties

« remboursement frais de santé » au sens du document prudentiel annuel dénommé « état ACPR FR 13-03-01 »

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement et l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement et l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN CONTRAT SGDL NIVEAU 1 POUR 2024 (1)

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale BR (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisations					
Forfait journalier hôpitalier (H-hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière en ambulatoire (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	Non connu (NC)
Chambre particulière pour hospitalisation (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	Non connu (NC)
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 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	96,10 €	96,20 €
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	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
Consultations (4)					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1€	30% BR	1€ de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1€ de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue obstétricien, ophtalmologue, dermatologue, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	24,75 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue obstétricien, ophtalmologue, dermatologue, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	24,15 €	6,80 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	14,95 €	37,95 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue obstétricien, ophtalmologue, dermatologue, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	14,95 €	34,95 €
Matériel médical					
	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €
Semelles orthopédiques	NC	28,86 €	17,32 €	34,63 €	NC
Appareils					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Couronne céramométallique 100% santé sur incisives, canines et 1ère prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramométallique tarif libre sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	312,00 €	170,00 €
Prothèses tarifs maîtrisés	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramométallique tarif maîtrisé sur 2ème prémolaires (HBLD158)	550,00 €	120,00 €	72,00 €	312,00 €	166,00 €
Orthodontie (moins de 18 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 mois)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	20,75 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Équipement optique de classe A (100% santé) monture + 2 verres simples	115,00 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €
Équipement optique de classe A (100% santé) monture + 2 verres progressifs	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Équipement optique de classe B (tarif libre) monture + 2 verres simples	356,00 €	0,15 €	0,09 €	300,00 €	55,91 €
Équipement optique de classe B (tarif libre) monture + 2 verres progressifs	620,00 €	0,15 €	0,09 €	619,91 €	0,00 €
 Lentilles					
	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	200,00 €	NC
Chirurgie réfractive					
	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	250,00 €	NC
Autres dispositifs					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	965,00 €

- (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 des maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consultez le Glossaire de l'assurance complémentaire santé
- (3) : Le 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

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 garanties. 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 édité par l'UNOCAAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

SGDL prestation 2024

Les remboursements sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Niveau 2	
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite généraliste, spécialiste, sage-femme (hors hospitalisation)	185% BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Actes techniques (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	185% BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Actes d'imagerie médicale	185% BR (140% BR si médecin pas adhérent au DPTAM)
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	185% BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs-kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Orthophonistes, Orthoptistes)	205% BR
Matériel médical	
Produits (petit appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (hors aides auditives, prothèses dentaires et grand appareillage)	240% BR
Grand appareillage inscrit sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Ss	330% BR
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65 %	100% BR
Médicaments remboursés à 30 % et 15 %	100% BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et cure thermale)	280% BR
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention (y compris inlays-onlays)	250% BR
Actes techniques	200% BR
Prothèses 100 % santé⁽¹⁾	
Prothèses dentaires 100 % santé	100% HLF
Prothèses hors 100 % santé	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés	400% BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs libres	400% BR
Orthodontie	
Orthodontie	430% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Implantologie dentaire (chirurgie et connectique implantaire)	500 € par an et par bénéficiaire 450 € par prothèse (max 3 prothèses par an et par bénéficiaire)
Prothèses dentaires	1350 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie adulte et enfant	1350 € par an et par bénéficiaire
Optique⁽²⁾	
Équipement	
Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'annexe 3 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'Institution remboursera le composante :	
- classe A, à hauteur du prix limite de vente ; - classe B, à hauteur de la garantie « Équipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse un équipement – ou deux équipements (un vision de loin et un vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les :	
- □ 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ; - □ 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ; - □ 16 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.	
Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition d'au moins une des deux composantes de l'équipement et ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales.	
Équipement 100 % santé⁽³⁾	
Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	100% PLV
Équipement hors 100 % santé (dont 100 € maximum au titre de la monture)	
Classe B : équipement avec deux verres faible correction	420 €
Classe B : équipement avec 1 verre faible correction + 1 verre moyenne correction	560 €
Classe B : équipement avec 1 verre faible correction + 1 verre forte correction	610 €
Classe B : équipement avec 2 verres moyenne correction	700 €
Classe B : équipement avec 1 verre moyenne correction + 1 verre forte correction	750 €
Classe B : équipement avec 2 verres forte correction	800 €
Lentilles correctrices	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Ss	250 € par an et par bénéficiaire 100 % TM au-delà pour les lentilles correctrices remboursées uniquement.

Suppléments	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale	100% BR
Autres suppléments	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chirurgie réfractive	300 € par œil
Hospitalisation (Y compris frais d'accouchement et à l'exclusion des établissements médico-sociaux)	
Honoraires	
Consultation	185% BR (140% BR si votre médecin n'adhère pas au DPTAM)
Actes techniques	185% BR (140% BR si votre médecin n'adhère pas au DPTAM)
Frais de séjour	
Frais de séjour	235% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Ss	100% FR
Transport	
Transport	260% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans nuité	85 € par jour
Lit accompagnant enfant - de 12 ans	2% PMSS par jour
Aides auditives(2)	
Délais de renouvellement : Conformément aux dispositions de l'instruction du 4 Juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'institution rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacun des équipements.	
Equipement 100 % santé ⁽⁴⁾	
Aide auditive classe I	100% PLV
Equipement hors 100 % santé	
Aide auditive classe II	250% BR dans la limite de 1700 € ⁽⁵⁾ par aide auditive
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	360% BR
Cure médicale	
Cure thermique (traitement thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	15% PMSS par an et par bénéficiaire
Forfait actes lourds	
Forfait actes lourds non remboursé par la Ss et défini au I de l'article R 160-16 du code de la Sécurité sociale	100% FR
Liste Audiens Bien-Etre Santé	
Liste Audiens Bien-Etre Santé	60% FR limité à 350 € par an et par bénéficiaire

BR : Base de remboursement. FR : Frais réels. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Retrouvez la valeur sur le site Ameli. HLF : Honoraires limites de facturation. PLV : Prix limite de vente. Ss : Sécurité sociale. DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. TM: Ticket Modérateur.
 Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation des contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs.
⁽¹⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale
⁽²⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article L.185-1 du code de la Sécurité sociale
⁽³⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 3° du code de la Sécurité sociale
⁽⁴⁾ conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 4° du code de la Sécurité sociale
⁽⁵⁾ Le cumul des remboursements de Pleyel et de la Sécurité sociale ne peut excéder 1 700 € par aide auditive.

L'ensemble des dispositions du contrat répond aux critères qualifiant les contrats « responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité

Transparence de gestion

Article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale

Garanties responsables - Informations obligatoires communiquées par la Mutuelle

Ces informations obligatoires correspondent à deux ratios, à la composition des frais de gestion et à divers paragraphes supplémentaires dont la rédaction est codifiée.

Le premier ratio, exprimé en pourcentage, correspond au ratio entre d'une part le montant des prestations versées et provisionnées par la Mutuelle, au titre de l'exercice 2022, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2022, pour les mêmes garanties. Il s'élève à quatre-vingt-trois virgule soixante-neuf pour cent.

Le deuxième ratio, exprimé en pourcentage, correspond au ratio entre d'une part le montant total des frais de gestion de la Mutuelle, au titre de l'exercice 2022, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2022, pour les mêmes garanties. Il s'élève à dix-huit virgule quatre-vingt-huit pour cent.

Composition des frais de gestion : frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties « remboursement frais de santé » au sens du document prudentiel annuel dénommé « état ACPR FR 13-03-01 »

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des réajustements, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la

gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT EN CONTRAT SGLD NIVEAU 2 POUR 2024 (1)

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale BR (3)	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière en ambulatoire (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	85,00 €	Non connu (NC)
Chambre particulière pour hospitalisation (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	85,00 €	Non connu (NC)
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 - 34 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CD	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CD)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	82,62 €
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	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1€	30% BR	1€ de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1€ de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CD	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (généraliste, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CD)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	16,10 €	31,80 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	16,10 €	33,80 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €
Semelles orthopédiques	NC	28,86 €	17,32 €	51,95 €	NC
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Couronne céramométallique 100% santé sur incisives, canines et 1ère prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramométallique tarif libre sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	74,00 €
Prothèses tarifs maîtrisés	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramométallique tarif maîtrisé sur 2ème prémolaires (HBLD158)	550,00 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	70,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0,00 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Équipement optique de classe A (100% santé) monture + 2 verres simples	115,00 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €
Équipement optique de classe A (100% santé) monture + 2 verres progressifs	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Équipement optique de classe B (tarif libre) monture + 2 verres simples	356,00 €	0,15 €	0,09 €	355,91 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (tarif libre) monture + 2 verres progressifs	620,00 €	0,15 €	0,09 €	619,91 €	0,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250,00 €	NC
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	300,00 €	NC
Aïres auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	760,00 €	565,00 €

(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 des maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consultez 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

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 édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)