



Avant de consulter, renseignez-vous sur le montant des honoraires pratiqués par le professionnel de santé pour évaluer les remboursements auxquels vous aurez droit.



Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous pouvez consulter directement, les spécialistes suivants :

- **Ophtalmologue**
- **Gynécologue**
- **Psychiatre ou neuropsychiatre** (si vous avez entre 16 et 25 ans),
- **Stomatologue** (sauf pour des actes chirurgicaux lourds).

Lexique

Ticket modérateur : c'est le montant restant à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie dans la limite du tarif de convention.

Franchises médicales : c'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (50 centimes par boîte de médicaments et par acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire).

Forfait hospitalier : il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

Médecin, dentiste, hôpital, pharmacie... vos soins ont un prix. Effectuer les démarches nécessaires pour être bien remboursé et savoir quel sera votre reste à charge est important.

Ce que vous rembourse l'assurance maladie

L'assurance maladie vous rembourse sur la base d'un tarif de base fixé pour chaque acte, soin ou médicament.

$$\text{Base de Remboursement} \times \text{Taux de Remboursement} - \text{Franchise ou Participation} = \text{Remboursement de l'Assurance Maladie}$$

Les remboursements pratiqués par l'assurance maladie varient en fonction :

- **De la discipline du médecin consulté et son secteur d'activité :**
 - **Secteur 1** : médecin conventionné appliquant le tarif fixé par l'assurance maladie.
 - **Secteur 2** : médecin conventionné pratiquant des honoraires libres.
 - **contrat d'accès aux soins** : médecin pratiquant des dépassements modérés.

• Du respect du parcours de soins coordonnés :

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous bénéficiez d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale. Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin sans être orienté au préalable par celui-ci, vous ne serez alors remboursé qu'à hauteur de 30% par la Sécurité sociale.

- **Certaines contributions restent à votre charge** comme le ticket modérateur, le forfait hospitalier ou la participation forfaitaire.

Ce que vous rembourse votre mutuelle

Votre mutuelle intervient en complément des remboursements de l'assurance maladie en fonction de la garantie que vous avez souscrite.

Votre dépense



Dépassements

Base remboursement

Ticket modérateur

Franchise ou participation forfaitaire

Montant remboursement

Montant éventuellement à votre charge
Montant pris en charge par votre complémentaire en fonction de vos garanties
Montant à votre charge
Montant pris en charge par la Sécurité sociale

Comment lire votre grille de garantie ?

Vos garanties sont généralement exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie. Si un acte est remboursé à 200% BR (base remboursement), cela signifie que votre remboursement global (Assurance Maladie + mutuelle) sera de 100% de la base de remboursement fixée et pourra aller jusqu'à 100% de plus.

Vous consultez un spécialiste du secteur 2 dans le respect du parcours de soins coordonnés. Votre garantie vous couvre à 100%.	Votre dépense réelle 30 €	Remboursement assurance maladie à 70% BR* 15,10 €	Remboursement mutuelle à 30% BR 6,90 €	Votre reste à charge 8 € (1)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------

*base du remboursement consultation spécialiste secteur 2 : 23 € - (1) Les contrats responsables ne prennent pas en charge la participation forfaitaire de 1€

Vous réalisez un soin dentaire (couronne SPR50). Votre garantie vous couvre à 250%.	Votre dépense réelle 505 €	Remboursement assurance maladie à 70% BR* 75,25 €	Remboursement mutuelle à 180% BR 193,50 €	Votre reste à charge 236,25 €
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------

*base du remboursement d'une couronne : 107,50 €