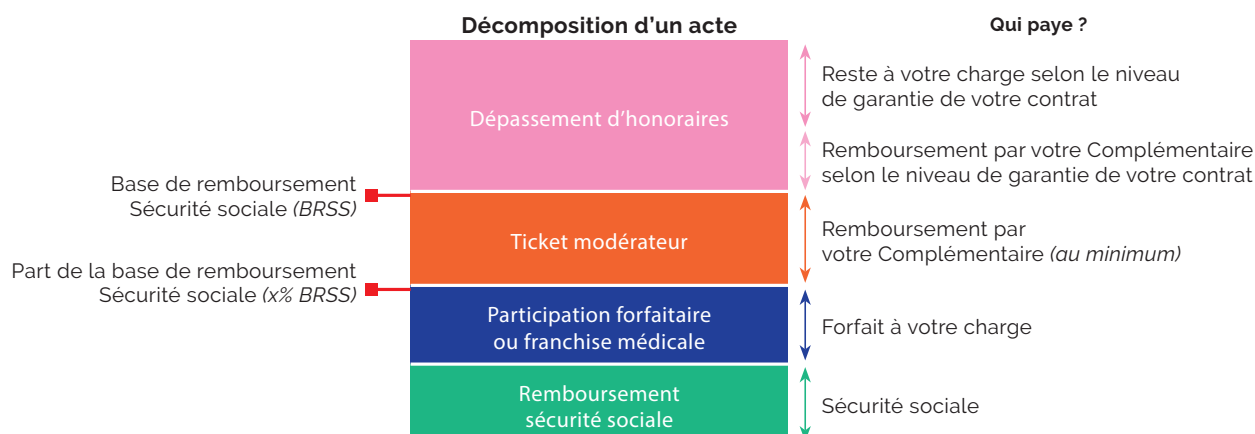


SPVIE Santé Genius :

Exemples de remboursements

FORMULE A

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2€) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1€ par boîte), les actes paramédicaux (1€) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule A



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				FORMULE A			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	60,00 €	Selon tarif
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	745,54€	745,54€ €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355€	271,70 €	271,70 €	0,00 €	0,00 €	83,30 €	83,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447€	271,70 €	271,70 €	0,00 €	0,00 €	175,30 €	175,30 €
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.							
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	3 270,12€	3 270,12€	2 616,10€	0€	654,02 €	0,00 €	0,00 €

SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50€	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	1,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	14,50 €	14,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	32,00 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	9,76 €	140 €	140 €

DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36€	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	36,00 €	36,00 €	417,48 €	417,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	0,00 €	526,50 €	526,50 €

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W/751217424 • Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

SPVIE Assurances • SAS au capital de 48.868,30 € • 26 rue Pagès, 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule A

Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				FORMULE A			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	0,06 €	338,85 €	377,85€
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	99,95 €	377,85€
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	138,95 €	377,85€
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	0,06 €	600,85 €	600,85 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	230,95 €	600,85€
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	138,95 €	600,85€
Lentilles	Prix moyen national ^(a)	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	selon tarif	selon tarif
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ^(a)	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération corrective de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	selon tarif	selon tarif
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	160,00 €	1 076,00 €	1 076,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

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/>)

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris • SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i.) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W751217424 • Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

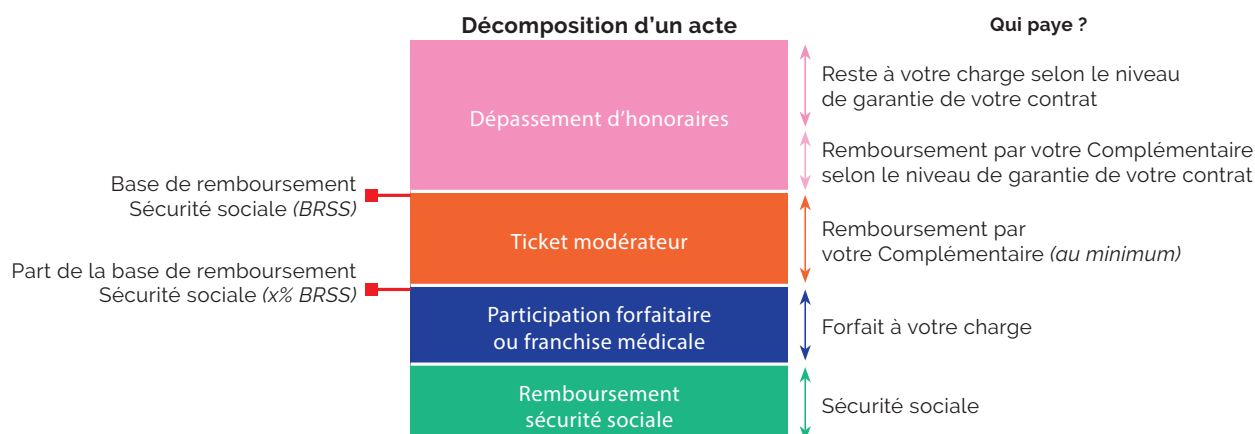
SPVIE Assurances • SAS au capital de 48.868,30 € • 26 rue Pagès, 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

SPVIE Santé Genius :

Exemples de remboursements

FORMULE B

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2€) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1€ par boîte), les actes paramédicaux (1€) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule B



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E B			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	0,00 €	30,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	67,93 €	15,00 €	15,37 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	13,59 €	13,59 €	161,71 €	161,71 €
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. 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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	654,02 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	14,50 €	14,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	32,00 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	9,76 €	1,40 €	1,40 €
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	66,00 €	66,00 €	387,48 €	387,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	48,38 €	478,12 €	478,13 €

SPVIE Santé Genius :

Exemples de remboursements - Formule B



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E B			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	99,91 €	99,91 €	239,00 €	239,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	24,97 €	24,97 €	75,00 €	75,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	49,97 €	89,00 €	89,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	199,91 €	401,00 €	401,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	74,97 €	156,00 €	156,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	49,97 €	89,00 €	89,00 €
Lentilles	Prix moyen national ⁽²⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	selon tarif	50,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁽²⁾	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération corrective de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	selon tarif	50,00 €
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00€	400,00 €	240,00 €	185,00 €	210,00 €	1 051,00 €	1 026,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

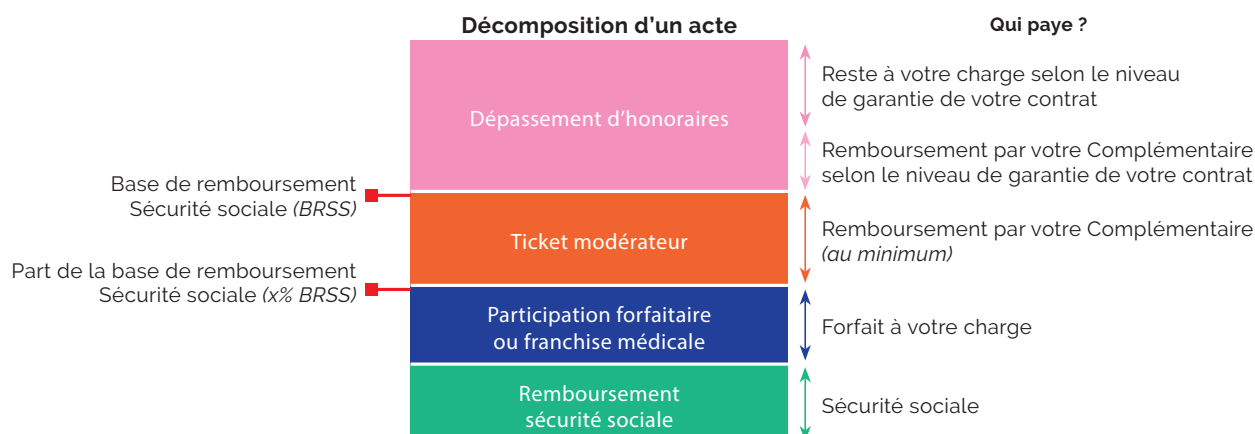
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements

FORMULE C

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2€) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 €.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1 € par boîte), les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule C



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E C			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	40,00 €	selon tarif	40,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	83,30 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	81,51 €	93,79 €	93,79 €
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. 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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	654,02 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		*2€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat *	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	17,32 €	17,32 €	6,63 €	6,63 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2€	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	32,00 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	11,16 €	0,00 €	0,00 €
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,90 €	120,00 €	84,00 €	96,00 €	96,00€	357,48 €	357,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	96,75 €	429,75 €	429,75 €

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule C



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E C			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	149,91 €	149,91 €	189,00 €	189,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	37,47 €	37,47 €	62,50 €	62,50 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	74,97 €	64,00 €	64,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	249,91 €	249,91 €	351,00 €	351,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	87,47 €	87,47 €	143,50 €	143,50 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	74,97 €	64,00 €	64,00 €
Lentilles	Prix moyen national ^(a)	Pas de prise en charge ^(a)	Pas de prise en charge ^(a)	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	60,00 €	selon tarif	60,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ^(a)	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération correctrice de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	selon tarif	100 €
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	210,00 €	260,00 €	1 026,00 €	976,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

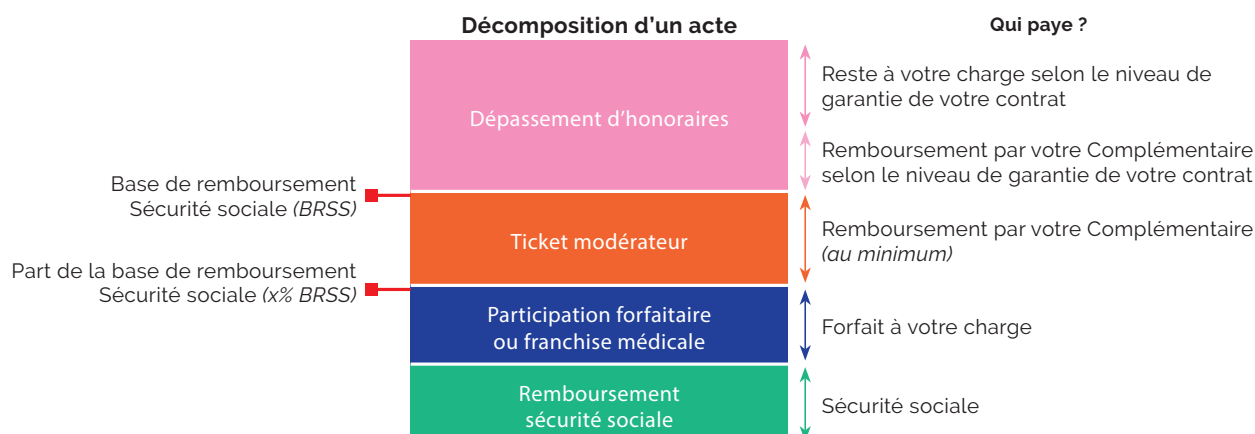
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements

FORMULE D

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2 €) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1 € par boîte), les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4 €).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule D



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E D			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	60,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	selon traif	50,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	135,85 €	39,45 €	39,45 €
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.							
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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 161,10 €	654,02 €	654,02 €	0,00 €	0,00 €

SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		*2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat *	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	21,95 €	21,95 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	12,65 €	12,65 €	26,25 €	26,25 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	12,65 €	12,65 €	30,25 €	30,25 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	100 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	11,16 €	0,00 €	0,00 €

DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement, dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	*Tarif de convention*	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,90 €	120,00 €	84,00 €	126,00 €	126,00 €	327,48 €	327,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	145,13 €	145,13 €	381,38 €	381,38 €

Assureur : ACHEEL - 128 rue La Boétie - 75008 Paris - SIREN 879605350 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i) au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) - Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W751217424 - Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

SPVIE Assurances - SAS au capital de 48.868,30 € - 26 rue Pagès, 92150 SURESNES - RCS de Nanterre n° 525 355 251 - Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements - Formule D



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E D			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement, dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	199,91 €	139,00 €	139,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	49,97 €	50,00 €	50,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	39,00 €	39,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	299,91 €	301,00 €	301,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	131,00 €	131,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	39,00 €	39,00 €
Lentilles	Prix moyen national ⁽²⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	80,00 €	selon tarif	80,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁽²⁾	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération correctrice de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	selon tarif	200,00 €
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	310,00 €	360,00 €	926,00 €	876,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

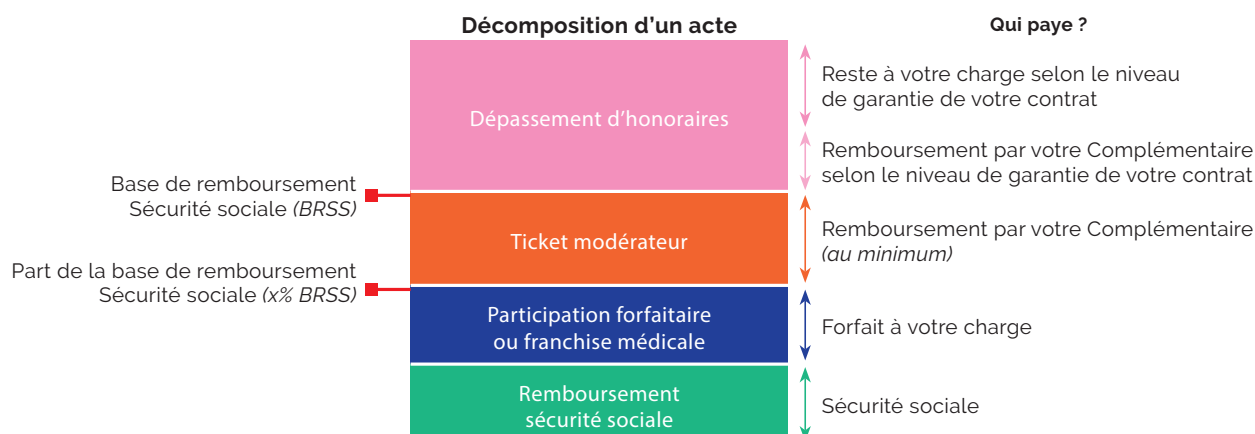
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements

FORMULE E

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2 €) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1€ par boîte), les actes paramédicaux (1€) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements - Formule E



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou Tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Montant restant à charge en euros
				F O R M U L E	
				Confort	
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	60,00 €	0,00 €	0,00 €	60,00 €	0,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
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. • 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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	21,95 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	18,40 €	20,50 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	18,40 €	24,50 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	*Tarif de convention*	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	186,00 €	267,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	241,88 €	284,63 €

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements - Formule E



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

Tarif moyen facturé ou Tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Montant restant à charge en euros
			FORMULE E	
			Confort	

OPTIQUE

ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	249,91 €	89,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	25,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	39,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	349,91 €	251,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	124,97 €	106,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	39,00 €
Lentilles	Prix moyen national ⁽²⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	100,00 €	100,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁽²⁾	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	250,00 €	250,00 €

AIDES 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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	410,00 €	826,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

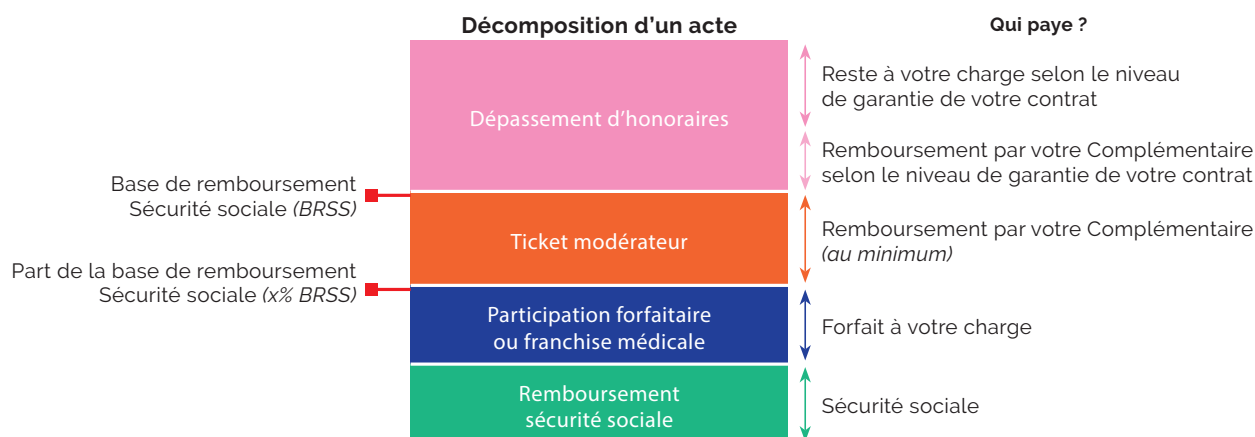
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements

FORMULE F

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2 €) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1€ par boîte), les actes paramédicaux (1€) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements - Formule F



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou Tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Montant restant à charge en euros
				F O R M U L E F	
				Confort	
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	0,00 €	0,00 €	80,00 €	80 €
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	745.54 €	745.54 €	721.54 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
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. • 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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	21,95 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	9,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	29,90 €	13,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	*Tarif de convention*	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	276,00 €	177,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	139,50 €

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements - Formule F



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou Tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Montant restant à charge en euros
				F O R M U L E F	
				Confort	
OPTIQUE					
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	25,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	39,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	399,91 €	201,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	124,97 €	106,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	39,00 €
Lentilles	Prix moyen national ^(a)	Pas de prise en charge ^(a)	Pas de prise en charge ^(a)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	120,00 €	120,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ^(a)	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	250,00 €	250,00 €
AIDES 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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	460,00 €	776,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

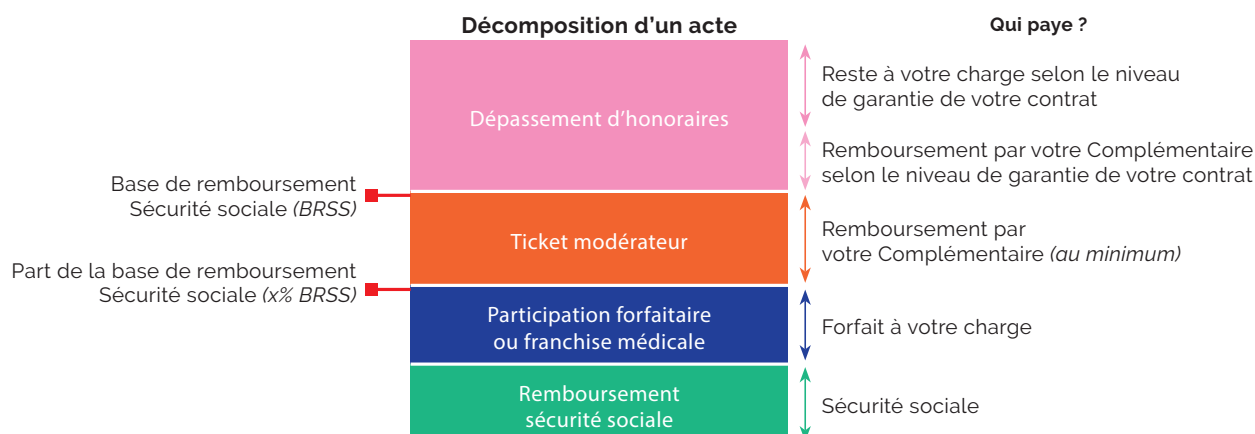
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius :

Exemples de remboursements

FORMULE A

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2€) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1€ par boîte), les actes paramédicaux (1€) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule A



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				FORMULE A			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	60,00 €	Selon tarif
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	745,54€	745,54€ €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355€	271,70 €	271,70 €	0,00 €	0,00 €	83,30 €	83,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447€	271,70 €	271,70 €	0,00 €	0,00 €	175,30 €	175,30 €
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.							
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	3 270,12€	3 270,12€	2 616,10€	0€	654,02 €	0,00 €	0,00 €

SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50€	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	1,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	14,50 €	14,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	32,00 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	9,76 €	1,40 €	1,40 €

DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36€	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	36,00 €	36,00 €	417,48 €	417,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	0,00 €	526,50 €	526,50 €

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W/751217424 • Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

SPVIE Assurances • SAS au capital de 48.868,30 € • 26 rue Pagès, 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule A

Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				FORMULE A			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	0,06 €	338,85 €	377,85€
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	99,95 €	377,85€
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	138,95 €	377,85€
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	0,06 €	600,85 €	600,85 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	230,95 €	600,85€
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	0,02 €	0,02 €	138,95 €	600,85€
Lentilles	Prix moyen national ^(a)	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	selon tarif	selon tarif
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ^(a)	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération corrective de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	selon tarif	selon tarif
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	160,00 €	1 076,00 €	1 076,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

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/>)

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris • SIREN 879605350 • Code APE 6512Z • SA à conseil d'administration (s.a.i.) au capital de 46 812,48 euros • Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) • Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W751217424 • Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

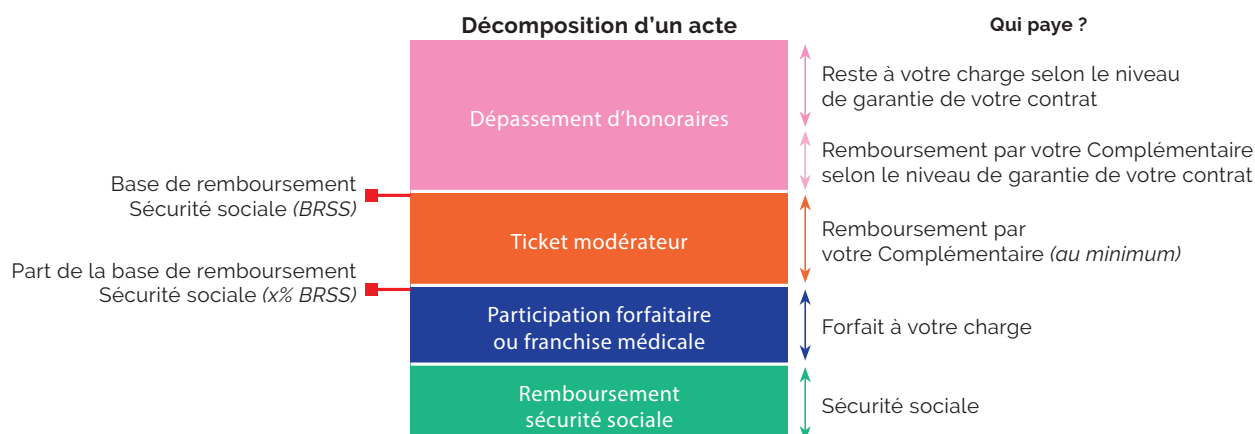
SPVIE Assurances • SAS au capital de 48.868,30 € • 26 rue Pagès, 92150 SURESNES • RCS de Nanterre n° 525 355 251 • Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

SPVIE Santé Genius :

Exemples de remboursements

FORMULE B

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2€) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1€ par boîte), les actes paramédicaux (1€) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule B



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E B			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	0,00 €	30,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	67,93 €	15,00 €	15,37 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	13,59 €	13,59 €	161,71 €	161,71 €
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. 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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	654,02 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	14,50 €	14,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	32,00 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	9,76 €	1,40 €	1,40 €
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	84,00 €	66,00 €	66,00 €	387,48 €	387,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	48,38 €	478,12 €	478,13 €

SPVIE Santé Genius :

Exemples de remboursements - Formule B



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E B			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	99,91 €	99,91 €	239,00 €	239,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	24,97 €	24,97 €	75,00 €	75,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	49,97 €	89,00 €	89,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	199,91 €	401,00 €	401,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	74,97 €	156,00 €	156,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	49,97 €	89,00 €	89,00 €
Lentilles	Prix moyen national ⁽²⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	selon tarif	50,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁽²⁾	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération corrective de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	selon tarif	50,00 €
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00€	400,00 €	240,00 €	185,00 €	210,00 €	1 051,00 €	1 026,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

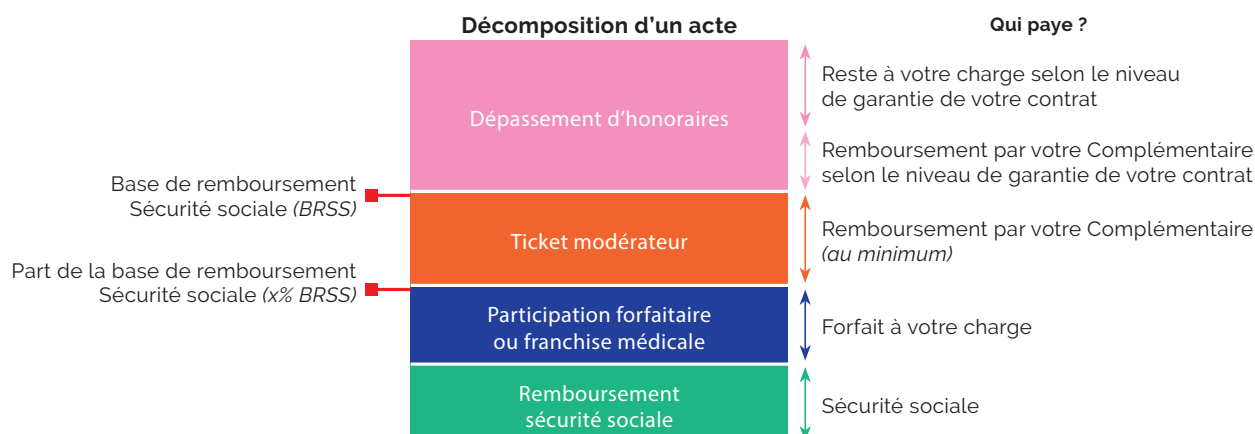
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements

FORMULE C

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2€) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24 €.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1 € par boîte), les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4€).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule C



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E C			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	40,00 €	selon tarif	40,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	83,30 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	81,51 €	93,79 €	93,79 €
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. 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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	654,02 €	0,00 €	0,00 €
SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		*2€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat *	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	17,32 €	17,32 €	6,63 €	6,63 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2€	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	6,90 €	32,00 €	32,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	6,90 €	34,00 €	34,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	11,16 €	0,00 €	0,00 €
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,90 €	120,00 €	84,00 €	96,00 €	96,00€	357,48 €	357,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	96,75 €	429,75 €	429,75 €

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule C



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E C			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	149,91 €	149,91 €	189,00 €	189,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	37,47 €	37,47 €	62,50 €	62,50 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	74,97 €	64,00 €	64,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	249,91 €	249,91 €	351,00 €	351,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	87,47 €	87,47 €	143,50 €	143,50 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	74,97 €	74,97 €	64,00 €	64,00 €
Lentilles	Prix moyen national ⁽²⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	60,00 €	selon tarif	60,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁽²⁾	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération correctrice de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	selon tarif	100 €
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	210,00 €	260,00 €	1 026,00 €	976,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

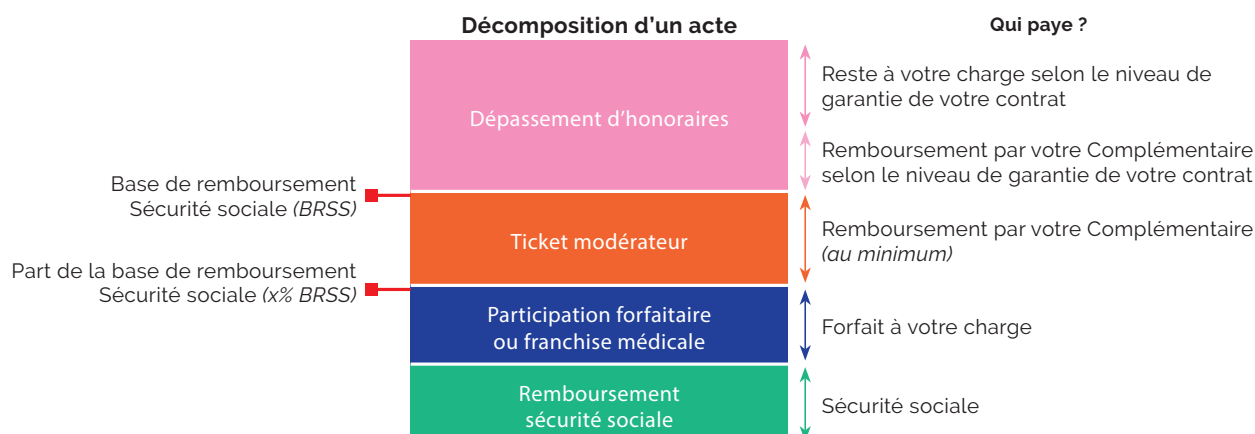
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de 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/>)

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements

FORMULE D

1 Comment fonctionnent les remboursements de vos frais de santé ?



2 Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale (avant déduction des participations forfaitaires et hors dépassement d'honoraires). Il est à votre charge si vous ne bénéficiez pas de complémentaire santé.

Participation forfaitaire (2 €) : participation restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical. Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à votre charge est remplacé par une participation forfaitaire de 24€.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (1 € par boîte), les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4 €).

3 Vos exemples de remboursements

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme sur le montant de remboursement complémentaire qui vous sera effectivement dû par nous en cas de dépense de santé correspondant à l'un de ces exemples. En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

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.

SPVIE Santé Genius : Exemples de remboursements - Formule D



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ^(a) (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E D			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement) en service psychiatrique	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière	60,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,00 €	selon traif	50,00 €
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	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	447,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	135,85 €	39,45 €	39,45 €
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.							
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	3 270,12 €	3 270,12 €	2 161,10 €	654,02 €	654,02 €	0,00 €	0,00 €

SOINS COURANTS							
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR		2 € de participation forfaitaire	
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	16,55 €	7,95 €	7,95 €	2,00 €	2,00 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	9,60 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	9,45 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat		*2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat *	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	22,45 €	10,05 €	10,05 €	0,00 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44,00 €	31,50 €	20,05 €	21,95 €	21,95 €	2,00 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (rembt des dépassements plafonné à 100 % BR)		2€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat	
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	12,65 €	12,65 €	26,25 €	26,25 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	57,00 €	23,00 €	14,10 €	12,65 €	12,65 €	30,25 €	30,25 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	100 % BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	11,16 €	0,00 €	0,00 €

DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement, dans la limite du plafond des honoraires		0,00 €	
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins hors 100 % Santé	*Tarif de convention*	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses hors 100 % Santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,90 €	120,00 €	84,00 €	126,00 €	126,00 €	327,48 €	327,48 €
Implant dentaire	Prix moyen national	NR	NR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat	
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	145,13 €	145,13 €	381,38 €	381,38 €

Assureur : ACHEEL - 128 rue La Boétie - 75008 Paris - SIREN 879605350 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i) au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)

Souscripteur : BMI (Basel Medical Insurance) - Association régie par la Loi 1901 déclarée en Préfecture des Hauts de Seine, inscrite au Répertoire National des Associations sous le n°W751217424 - Son siège social est situé : 26 rue Pagès, 92150 Suresnes

SPVIE Assurances - SAS au capital de 48.868,30 € - 26 rue Pagès, 92150 SURESNES - RCS de Nanterre n° 525 355 251 - Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°10 058 151 soumis au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09

SPVIE Santé Genius:

Exemples de remboursements - Formule D



Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

	Tarif moyen facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Montant restant à charge en euros	
				F O R M U L E D			
				Essentielle	Confort	Essentielle	Confort
OPTIQUE							
ÉQUIPEMENT - 100% SANTÉ - DANS OU HORS RÉSEAU KALIXIA	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement, dans la limite des PLV		0,00 €	
2 Verres simples + 1 monture	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	91,30 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	41,00 €	12,75 €	7,65 €	33,35 €	33,35 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	172,20 €	0,00 €	0,00 €
- dont par verre	90,00 €	27,00 €	16,20 €	73,80 €	73,80 €	0,00 €	0,00 €
- dont par monture	30,00 €	9,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	0,00 €	0,00 €
ÉQUIPEMENT - HORS 100% SANTÉ - EN DEHORS DU RÉSEAU KALIXIA	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires		Selon contrat	
2 Verres simples + 1 monture	339,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	199,91 €	139,00 €	139,00 €
- dont par verre	100,00 €	0,05 €	0,03 €	49,97 €	49,97 €	50,00 €	50,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	39,00 €	39,00 €
2 Verres progressifs + 1 monture	601,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	299,91 €	301,00 €	301,00 €
- dont par verre	231,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	131,00 €	131,00 €
- dont par monture	139,00 €	0,05 €	0,03 €	99,97 €	99,97 €	39,00 €	39,00 €
Lentilles	Prix moyen national ⁽²⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Pas de prise en charge ⁽³⁾	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Forfait annuel	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	80,00 €	selon tarif	80,00 €
Chirurgie réfractive	Prix moyen national ⁽²⁾	NR	NR	Prise en charge si prévu au contrat		Selon contrat	
Opération correctrice de la myopie	Non connu	0,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	selon tarif	200,00 €
AIDES 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 €	710,00 €	0,00 €	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 - En dehors du réseau Kalixia	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	310,00 €	360,00 €	926,00 €	876,00 €

NR = Non remboursé / PLV = Prix Limite de Vente

1. BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. 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.

2. Prix moyen national constaté sur l'ensemble du portefeuille de contrats de complémentaires santé assurés par ACHEEL.

3. Dans le cas général

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/>)