

GARANTIES SANTÉ CÔTÉ JE – Régime Général - Exemples de Remboursement¹ au 01/01/2026

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15€)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	F1 : 0 €	F1 : Totalité de la dépense engagée
				F2 : 45 € / jour	F2 à F4 : Selon la dépense engagée
				F3 : 55 € / jour	
				F4 : 70 € / jour	
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 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 171.30 €
				F2 : 0 €	F2 : 171.30 €
				F3 : 171.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 171.30 €	F4 : 0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 214.30 €
				F2 : 0 €	F2 : 214.30 €
				F3 : 135.85 €	F3 : 78.45 €
				F4 : 214.30 €	F4 : 0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €⁵	30 % BR	2 € de participation forfaitaire⁵
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35€	24,50 €	Voir Garantes Santé Côté NOUS	Voir Garantes Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	53 €	40 €	26 €	F1 : 12 €	F1 : 2 € de participation forfaitaire + 13 € de dépassement
				F2 : 12 €	F2 : 2 € de participation forfaitaire + 13 € de dépassement
				F3 : 12 € + 13 €	F3 : 2 € de participation forfaitaire
				F4 : 12 € + 13 €	F4 : 2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	Voir Garantes Santé Côté NOUS	Voir Garantes Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	66 €	23 €	14,10 €	F1 : 6.90 €	F1 : 2 € de participation forfaitaire + 43 € de dépassement
				F2 : 6.90 €	F2 : 2 € de participation forfaitaire + 43 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 11.50 €	F3 : 2 € de participation forfaitaire + 31.50 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23.00 €	F4 : 2 € de participation forfaitaire + 20 € de dépassement

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	F1 : 9.76 €	F1 : 2.31 €
				F2 : 9.76 €	F2 : 2.31 €
				F3 : 9.76 € + 2.31 €	F3 : 0 €
				F4 : 9.76 € + 2.31 €	F4 : 0 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100% Santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100% Santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120 €	72 €	F1 : 48 €	F1 : 441,99 €
				F2 : 48 € + 30 €	F2 : 411,99 €
				F3 : 48 € + 130 €	F3 : 311,99 €
				F4 : 48 € + 230 €	F4 : 211,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	Selon contrat	Selon contrat

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Optique					
Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40€	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
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
<i>Ex : verres simples et monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 371.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 25 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 321.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 40 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F3 : 221.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 50 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F4 : 181.85 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 639.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 100 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 439.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F3 : 349.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 120 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F4 : 309.85 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	F1 : Non pris en charge	Selon la formule et la dépense engagée
				F2 : 70 € par an	
				F3 : 100 € par an	
				F4 : 150 € par an	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	F1 : Non pris en charge	Selon la formule et la dépense engagée
				F2 : 80 € par œil	
				F3 : 150 € par œil	
				F4 : 180 € par œil	
Aides auditives					
Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	F1 : 160 €	F1 : 1 115 €
				F2 : 160 €	F2 : 1 115 €
				F3 : 160 € + 200 €	F3 : 915 €
				F4 : 160 € + 350 €	F4 : 765 €

- 1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés
- 2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé
- 3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
- 4 : Prix limite de vente
- 5 : Pas de participation forfaitaire de 2€ pour les moins de 18 ans. Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en Métropole, pour des soins à partir du 1^{er} janvier 2026.

Les exemples de remboursement et reste à charge présentés dans ce document correspondent à un assuré Garanties Santé, dont le contrat a été souscrit à partir du 18 mars 2013 et dépendent de la formule de garantie relatif à l'exemple concerné, après prise en charge du régime obligatoire.

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

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

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

Garanties Santé est un contrat de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Distribué par la Banque BCP. Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042).

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 207 603 030 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris - RCS Paris N°493 455 042, intermédiaire d'assurance immatriculé à l'Orias sous le N° 08 045 100 (www.orias.fr).

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

GARANTIES SANTÉ CÔTÉ NOUS – Régime Général - Exemples de Remboursement¹ au 01/01/2026

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15€)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	F1 : 0 €	F1 : Totalité de la dépense engagée
				F2 : 45 € / jour	F2 à F4 : Selon la dépense engagée
				F3 : 65 € / jour	
				F4 : 75 € / jour	
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 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 171.30 €
				F2 : 171.30 €	F2 : 0 €
				F3 : 171.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 171.30 €	F4 : 0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70€	F1 : 0 €	F1 : 214.30 €
				F2 : 135.85 €	F2 : 78.45 €
				F3 : 214.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 214.30 €	F4 : 0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €⁵	30 % BR	2 € de participation forfaitaire⁵
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	40 €	40 €	26,00 €	12,00 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	F1 : 10,50 €	F1 : 15 € de dépassement
				F2 : 10,50 €	F2 : 15 € de dépassement
				F3 : 10,50 € + 15 €	F3 : 0 €
				F4 : 10,50 € + 15 €	F4 : 0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	53 €	40 €	26,00€	F1 : 12.00 €	F1 : 2 € de participation forfaitaire + 13 € de dépassement
				F2 : 12.00 €	F2 : 2 € de participation forfaitaire + 13 € de dépassement
				F3 : 12.00 € + 13 €	F3 : 2 € de participation forfaitaire
				F4 : 12.00 € + 13 €	F4 : 2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2€⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23€	16,10 €	F1 : 6.90 €	F1 : 39 € de dépassement
				F2 : 6.90 €	F2 : 39 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 11.50 €	F3 : 27.50 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23 €	F4 : 16 € de dépassement

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2€ ⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire ⁵ plus dépassement selon contrat
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	66 €	23 €	14,10 €	F1 : 6.90 €	F1 : 2 € de participation forfaitaire + 43 € de dépassement
				F2 : 6.90 €	F2 : 2 € de participation forfaitaire + 43 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 11.50 €	F3 : 2 € de participation forfaitaire + 31.50 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23.00 €	F4 : 2 € de participation forfaitaire + 20 € de dépassement
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	F1 : 9.76 €	F1 : 2.31 €
				F2 : 9.76 €	F2 : 2.31 €
				F3 : 9.76 € + 2.31 €	F3 : 0 €
				F4 : 9.76 € + 2.31 €	F4 : 0 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100% Santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100% Santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120 €	72 €	F1 : 48 € + 30 €	F1 : 411,99 €
				F2 : 48 € + 150 €	F2 : 291,99 €
				F3 : 48 € + 250 €	F3 : 191,99 €
				F4 : 48 € + 380 €	F4 : 61,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	F1 : 96.50 €	F1 : 424,10 €
				F2 : 196.50 €	F2 : 324,10 €
				F3 : 346.50 €	F3 : 174,10 €
				F4 : 496.50 €	F4 : 24,10 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Optique					
Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
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
<i>Ex : verres simples et monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 371.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 50 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 271.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 60 € par verre + 0.02 € monture + 80 € monture	F3 : 171.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 70 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 131.90 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 639.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 100 € par verre + 0.02 € monture	F2 : 439.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 80 € monture	F3 : 339.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 130 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 279.90 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	F1 : Non pris en charge	Selon la formule et la dépense engagée
				F2 : 70 € par an	
				F3 : 100 € par an	
				F4 : 150 € par an	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	F1 : Non pris en charge	Selon la formule et la dépense engagée
				F2 : 100 € par oeil	
				F3 : 150 € par oeil	
				F4 : 200 € par oeil	
Aides auditives					
Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0€
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	F1 : 160 €	F1 : 1 115 €
				F2 : 160 €	F2 : 1 115 €
				F3 : 160 € + 300 €	F3 : 815 €
				F4 : 160 € + 500 €	F4 : 615 €

- 1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés
- 2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé
- 3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
- 4 : Prix limite de vente
- 5 : Pas de participation forfaitaire de 2€ pour les moins de 18 ans. Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en Métropole, pour des soins à partir du 1^{er} janvier 2026.

Les exemples de remboursement et reste à charge présentés dans ce document correspondent à un assuré Garanties Santé, dont le contrat a été souscrit à partir du 18 mars 2013 et dépendent de la formule de garantie relatif à l'exemple concerné, après prise en charge du régime obligatoire.

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

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

Garanties Santé est un contrat de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Distribué par la Banque BCP. Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042).

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 207 603 030 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris - RCS Paris N°493 455 042, intermédiaire d'assurance immatriculé à l'Orias sous le N° 08 045 100 (www.orias.fr).

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

GARANTIES SANTÉ CÔTÉ MASTER – Régime Général - Exemples de Remboursement¹ au 01/01/2026

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15€)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	F1 : 0 €	F1 : Totalité de la dépense engagée
				F2 : 40 € / jour	F2 à F4 : Selon la dépense engagée
				F3 : 60 € / jour	
				F4 : 80 € / jour	
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 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 171.30 €
				F2 : 171.30 €	F2 : 0 €
				F3 : 171.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 171.30 €	F4 : 0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	F1 : 0 €	F1 : 214.30 €
				F2 : 135.85 €	F2 : 78.45 €
				F3 : 214.30 €	F3 : 0 €
				F4 : 214.30 €	F4 : 0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €⁵	30 % BR	2 € de participation forfaitaire⁵
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	40 €	40 €	26,00 €	12,00 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50€	35 €	24,50 €	Voir Garantes Santé Côté NOUS	Voir Garantes Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	53 €	40 €	26,00 €	F1 : 12.00 €	F1 : 2 € de participation forfaitaire + 13 € de dépassement
				F2 : 12.00 € + 13 €	F2 : 2 € de participation forfaitaire
				F3 : 12.00 € + 13 €	F3 : 2 € de participation forfaitaire
				F4 : 12.00 € + 13 €	F4 : 2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2€⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire⁵ plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	Voir Garantes Santé Côté NOUS	Voir Garantes Santé Côté NOUS
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	66 €	23 €	14,10 €	F1 : 6.90 €	F1 : 2 € de participation forfaitaire + 43 € de dépassement
				F2 : 6.90 € + 11.50 €	F2 : 2 € de participation forfaitaire + 31.50 € de dépassement
				F3 : 6.90 € + 23.00 €	F3 : 2 € de participation forfaitaire + 20 € de dépassement
				F4 : 6.90 € + 23.00 €	F4 : 2 € de participation forfaitaire + 20 € de dépassement

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	F1 : 9.76 €	F1 : 2.31 €
				F2 : 9.76 € + 2.31 €	F2 : 0 €
				F3 : 9.76 € + 2.31 €	F3 : 0 €
				F4 : 9.76 € + 2.31 €	F4 : 0 €
Dentaire					
Soins et prothèses 100% Santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100% Santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120 €	72 €	F1 : 48 € + 30 €	F1 : 411,99 €
				F2 : 48 € + 150 €	F2 : 291,99 €
				F3 : 48 € + 280 €	F3 : 161,99 €
				F4 : 48 € + 430 €	F4 : 11,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	Selon contrat	Selon contrat

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Optique					
Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65€ par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
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
<i>Ex : verres simples et monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 25 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 321.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 50 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F2 : 201.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 80 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F3 : 121.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 51,90 €
<i>Ex : verres progressifs et monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	F1 : 0.02 € par verre + 100 € par verre + 0.02 € monture	F1 : 439.85 €
				F2 : 0.02 € par verre + 110 € par verre + 0.02 € monture + 70 € monture	F2 : 349.85 €
				F3 : 0.02 € par verre + 130 € par verre + 0.02 € monture + 90 € monture	F3 : 289.85 €
				F4 : 0.02 € par verre + 150 € par verre + 0.02 € monture + 99.95 € monture	F4 : 239.90 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	<i>NC</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	F1 : Non pris en charge	Selon la formule et la dépense engagée
				F2 : 70 € par an	
				F3 : 100 € par an	
				F4 : 140 € par an	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>NC</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	Non remboursé	Totalité de la dépense engagée
Aides auditives					
Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>1 515 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	F1 : 160 €	F1 : 1 115 €
				F2 : 160 € + 250 €	F2 : 865 €
				F3 : 160 € + 400 €	F3 : 715 €
				F4 : 160 € + 600 €	F4 : 515 €

- 1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés
- 2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé
- 3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
- 4 : Prix limite de vente
- 5 : Pas de participation forfaitaire de 2€ pour les moins de 18 ans. Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés, en Métropole, pour des soins à partir du 1^{er} janvier 2026.

Les exemples de remboursement et reste à charge présentés dans ce document correspondent à un assuré Garanties Santé, dont le contrat a été souscrit à partir du 18 mars 2013 et dépendent de la formule de garantie relatif à l'exemple concerné, après prise en charge du régime obligatoire.

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

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

Garanties Santé est un contrat de BPCE Assurances IARD, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris, sous le numéro 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris. Distribué par la Banque BCP. Identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042).

BPCE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 207 603 030 euros - Siège social : 7, promenade Germaine Sablon – 75013 Paris - RCS Paris N°493 455 042, intermédiaire d'assurance immatriculé à l'Orias sous le N° 08 045 100 (www.orias.fr).

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