

PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé - Exemples de remboursement pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés
Garanties complètes

Produit conforme 100% Santé (ou reste à charge 0) : prise en charge complète d'un ensemble de prestations et d'équipements pour 3 postes de soins distincts: optique, dentaire, audiology

Calculs effectués en fonction de la base de remboursement de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier 2025

Contrat d'assurance santé responsable ¹	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ²	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5		Niveau 6	
				Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)
HOSPITALISATION															
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (jour (sur demande du patient))	Non Connue (NC)	Non remboursé	non remboursé	0,00 €	Selon dépense engagée	35,00 €	Selon dépense engagée	45,00 €	Selon dépense engagée	55,00 €	Selon dépense engagée	65,00 €	Selon dépense engagée	80,00 €	Selon dépense engagée
Séjour avec actes lourds															
<small>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</small>															
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte															
Frais de séjour	différent selon public / privé	BR	BR - TM ³	TM	0,00 €										
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option pratique tarifaire maîtrisée pour la Chirurgie et l'Obstétrique (OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	100%BR	dépassements si prévus au contrat											
Opération en secteur privé : honoraires chirurgiens	434,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	162,30 €	0,00 €	162,30 €	67,93 €	94,38 €	135,85 €	26,45 €	162,30 €	0,00 €	162,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur Z (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres			dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)											
Opération en secteur privé : honoraires chirurgiens	473,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	201,30 €	0,00 €	201,30 €	13,59 €	187,72 €	81,21 €	119,79 €	201,30 €	0,00 €	201,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds															
<small>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</small>															
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	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR	20% BR
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	0,00 €	708,20 €	0,00 €	708,20 €	0,00 €	708,20 €	0,00 €	708,20 €	0,00 €	708,20 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - Pr ⁴	30% BR											
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2 € de participation forfaitaire	9,00 €	2 € de participation forfaitaire	9,00 €	2 € de participation forfaitaire	9,00 €	2 € de participation forfaitaire	9,00 €	2 € de participation forfaitaire	9,00 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire	11,10 €	2 € de participation forfaitaire	11,10 €	2 € de participation forfaitaire	11,10 €	2 € de participation forfaitaire	11,10 €	2 € de participation forfaitaire	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option pratique tarifaire maîtrisée pour la Chirurgie et l'Obstétrique (OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - PF	30% BR + dépassements si prévus au contrat		30% BR + dépassements si prévus au contrat		30% BR + dépassements si prévus au contrat		30% BR + dépassements si prévus au contrat		30% BR + dépassements si prévus au contrat		30% BR + dépassements si prévus au contrat	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	15,00 €	10,50 €	15,00 €	19,25 €	6,25 €	25,50 €	0,00 €	25,50 €	0,00 €	25,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	19,00 €	11,10 €	19,00 €	20,35 €	9,75 €	28,10 €	2,00 €	28,10 €	2,00 €	28,10 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 : (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - PF	30% BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)		30% BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)		30% BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)		30% BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)		30% BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)		30% BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100%BR)	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	39,00 €	6,90 €	39,00 €	8,05 €	37,85 €	13,80 €	32,10 €	25,30 €	20,60 €	25,30 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	46,00 €	6,90 €	46,00 €	8,05 €	44,85 €	13,80 €	39,10 €	25,30 €	27,60 €	25,30 €	27,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassements si prévus au contrat		40% BR + dépassements si prévus au contrat		40% BR + dépassements si prévus au contrat		40% BR + dépassements si prévus au contrat		40% BR + dépassements si prévus au contrat		40% BR + dépassements si prévus au contrat	
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €	9,76 €	1,78 €	11,54 €	0,00 €	11,54 €	0,00 €	11,54 €	0,00 €	11,54 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ¹	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ²	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5		Niveau 6	
				Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge (RAC)
DENTAIRE															
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR												
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR												
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR												
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	48,00 €	437,00 €	48,00 €	437,00 €	78,00 €	407,00 €	108,00 €	377,00 €	168,00 €	317,00 €	288,00 €	197,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR												
Ex : traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	513,50 €	0,00 €	513,50 €	48,38 €	465,13 €	96,75 €	416,75 €	193,50 €	320,00 €	387,00 €	126,50 €
OPTIQUE															
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR												
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR												
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,09 €	100,00 €	265,91 €	125,00 €	240,91 €	175,00 €	190,91 €	200,00 €	165,91 €	300,00 €	65,91 €	365,91 €	0,00 €
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,09 €	125,00 €	506,91 €	125,00 €	506,91 €	175,00 €	456,91 €	200,00 €	431,91 €	300,00 €	331,91 €	400,00 €	231,91 €
Lentilles	Prix moyen national	BR	Pas de prise en charge (dans le cas général)												
Forfait annuel	Non Connu (NC)	Non remboursé dans le cas général	Non remboursé dans le cas général	20,00 €	selon dépense engagée	40,00 €	selon dépense engagée	95,00 €	selon dépense engagée	120,00 €	selon dépense engagée	220,00 €	selon dépense engagée	320,00 €	selon dépense engagée
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	BR	Non remboursé												
Ex : opération corrective de la myopie	Non Connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	selon dépense engagée	50,00 €	selon dépense engagée	100,00 €	selon dépense engagée	150,00 €	selon dépense engagée	175,00 €	selon dépense engagée	400,00 €	selon dépense engagée
AIDES AUDITIVES															
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR												
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR												
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 182,00 €	160,00 €	1 182,00 €	260,00 €	1 082,00 €	260,00 €	1 082,00 €	360,00 €	982,00 €	360,00 €	982,00 €

1 : 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, consultez le Glossaire de l'assurance complémentaire santé (cf. lien mentionné dans l'encadré ci-dessous).

2 : 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.

3 : Ticket Modérateur : part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement de l'Assurance maladie et avant déduction des participations forfaitaires. Il s'applique sur tous les frais de santé remboursables.

4 : Participation Forfaitaire : contribution obligatoire de 2€ pour chaque consultation ou acte médical, examen de radiologie ou analyse de biologie médicale.

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/>)

Document non contractuel à caractère publicitaire

Les garanties du contrat PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Santé sont souscrites par l'Association pour la Prévoyance et l'Épargne (APE) auprès de PREPAR-IARD, filiale de la BRED Banque Populaire, entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 800 000 €
Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex, 343 158 036 RCS Nanterre (LEI : 9695008UHM3007T1B62). Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE - SIRET 493 455 042).

Mise à jour 01/2025

