

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

ACTE	MONTANT DE LA DEPENSE	* BASE DE REMBOURSEMENT	** REMBOURSEMENT RO	*** REMBOURSEMENT RC
<i>CONSULTATION GENERALISTE</i>	29.60 €	29.60 €	20.72 €	8.88 €
<i>ACTES ECHOGRAPHIE</i>	140.00 €	99.38 €	69.57 €	70.43 €
<i>ACTES D'ENDODONTIE</i>	65.82 €	65.82 €	39.49 €	26.33 €
<i>ACTES IMAGERIE DENTAIRE</i>	12.33 €	12.33 €	7.40 €	4.93 €
<i>ACTES IMAGERIE DENTAIRE</i>	20.60 €	20.60 €	12.36 €	8.24 €
<i>SOIN DENTAIRE</i>	53.95 €	53.95 €	32.37 €	21.58 €
<i>ACTE INLAY-ONLAY</i>	380.00 €	107.90 €	64.74 €	315.26 €
<i>PROTHESE DENT FIXE RAC O</i>	500.00 €	123.60 €	74.16 €	425.84 €
<i>Orthodontie (moins de 16 ans) Exemple : traitement par semestre</i>	698.00 €	193.50 €	193.50 €	290.25 €
<i>Equipement (monture et verres) 100 % santé- classe A</i>				
<i>MONTURE ADULTE CLASSE B</i>	169.00 €	0.07 €	0.04 €	100.00 €
<i>VERRE TRES COMPL CLASSE B</i>	300.00 €	0.07 €	0.04 €	299.96 €
<i>VERRE TRES COMPL CLASSE B</i>	300.00 €	0.07 €	0.04 €	299.96 €
<i>LENTILLES</i>	PRIX MOYEN PRATIQUE	PAS DE PRISE EN CHARGE	PAS DE PRISE EN CHARGE	PRISE EN CHARGE SI PREVU AU CONTRAT
<i>APP. ASSISTANCE RESPIRATOIRE</i>	303.75 €	303.75 €	182.25 €	121.50 €
<i>PHARMACIE 35</i>	4.58 €	4.58 €	1.37 €	3.21 €
<i>HONOR. DISPENSAT° CD NORM</i>	1.35 €	1.35 €	0.41 €	0.94 €
<i>PHARMACIE 35</i>	1.77 €	1.77 €	0.53 €	1.24 €
<i>HONOR. DISPENSAT° CD NORM</i>	1.35 €	1.35 €	0.41 €	0.94 €
<i>HONOR. DISPENSAT° REMBOUR</i>	0.67 €	0.67 €	0.44 €	0.23 €
<i>BIOLOGIE</i>	44.95 €	44.95 €	26.97 €	17.98 €
<i>PREL. SANGIN / TECHNICIEN</i>	3.78 €	3.78 €	2.27 €	1.51 €
<i>MEDECINE DOUCE</i>	60.00 €	0.00 €	0.00 €	60.00 €

* Base de remboursement de la Sécurité Sociale ou du régime obligatoire (RO)

** Part de remboursement de la Sécurité Sociale ou du régime obligatoire (RO)

*** Reste à charge de la mutuelle : remboursement complémentaire (RC)

Les remboursements complémentaires varient selon la garantie souscrite