

## MINEURS F\_MC : VOS GARANTIES SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0

La participation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (Assurance Maladie des Mines) correspond à un pourcentage de la Base de Remboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

La Mutuelle Familiale applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à Charge 0 en santé (cf. optique, dentaire et audio) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site mutuelle-familiale.fr (rubrique : Qui Sommes-Nous ? / Gouvernance et statuts).

**La participation de La Mutuelle Familiale est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle Familiale rembourse le Ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO). Les franchises et participations forfaitaires, ainsi que la majoration de la participation de l'assuré ne pourront donner lieu à remboursement.** Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, La Mutuelle Familiale pratique le tiers payant.

Soins courants	Remboursements AMO <sup>(1)</sup> + Mutuelle
<b>Honoraires médicaux</b>	
Honoraires médicaux (visites, téléconsultation, consultations médicales généralistes, spécialistes, et psychologues conventionnés)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO<sup>(3)</sup></li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Psychologues conventionnés et remboursés par le Régime Minier ~ dans la limite de 8 séances par année civile ~</li> </ul>	<p>150 % BR <sup>(2)</sup></p> <p>130 % BR</p> <p>100 % BR</p>
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes ...)	150 % BR
<b>Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>150 % BR</p> <p>130 % BR</p>
<b>Médicaments</b>	
Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur, modéré et faible (65%, 30%, 15%) Pharmacie prescrite et non remboursée par le Régime Minier ~ forfait par année civile ~	<p>100 % BR</p> <p>20 €</p>
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>150 % BR</p> <p>130 % BR</p>
<b>Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>150 % BR</p> <p>130 % BR</p>
<b>Matériel médical</b>	
Autres prothèses médicales et appareillage ~ forfait par année civile ~	100 % BR + 200 €

  

Hospitalisation	Remboursements AMO <sup>(1)</sup> + Mutuelle
La prise en charge est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médico-sociaux. Prise en charge du Ticket modérateur (TM) en établissement non conventionné (hors établissements médico-sociaux)	
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forfait journalier hospitalier en hospitalisation médicale, chirurgicale et en établissement spécialisé ~ forfait par jour sans limitation de durée ~</li> </ul>	100 % Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale</li> <li>Frais de séjour en établissement spécialisé (maison de repos, convalescence, ...)</li> </ul>	<p>150 % BR</p> <p>100 % BR</p>
Forfait patient urgences	100 % Frais réels
<b>Honoraires</b>	
Honoraires (chirurgie, anesthésie) :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>150 % BR</p> <p>130 % BR</p>
<b>Chambre particulière</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chambre particulière en hospitalisation médicale ou chirurgicale ~ forfait par jour dans la limite de 60 jours par année civile ~</li> <li>Chambre particulière en établissement spécialisé ~ forfait par jour dans la limite de 60 jours par année civile ~</li> </ul>	<p>45 €</p> <p>35 €</p>
<b>Solidarité familiale : Possibilité pour les membres participants de faire bénéficier leurs ayants-droit régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, jusqu'à 10 jours, en cas de non utilisation du forfait chambre particulière par l'adhérent durant l'année civile</b>	
<b>Maternité</b>	
Honoraires anesthésie (incluant péridurale) et obstétrique :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> <li>Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO</li> </ul>	<p>150 % BR</p> <p>130 % BR</p>
<b>Autres</b>	
Frais d'accompagnement de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés ~ forfait par jour dans la limite de 90 jours par année civile ~	100 % Frais réels
Transport en ambulance, VSL	100 % BR

Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia

**RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) (classe A)**~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~ - limité à un remboursement tous les 2 ans

Monture	100 % Frais réels
Verre	100 % Frais réels
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	100 % Frais réels
Prestation d'adaptation ordonnance en renouvellement par l'opticien	100 % Frais réels

**Panier libre : Equipements optiques remboursés par l'AMO relevant du panier libre (classe B) limité à un remboursement tous les 2 ans**

Monture	90 €
Verre simple ~ par verre ~ <sup>(5)</sup>	55 €
Verre complexe ~ par verre ~ <sup>(6)</sup>	80 €
Verre très complexe ~ par verre ~ <sup>(7)</sup>	105 €
Prestation d'adaptation ordonnance en renouvellement par l'opticien ~ dans la limite du PLV ~	100 % Frais réels

**Autres**

Lentilles prescrites acceptées par le Régime Minier ~ forfait par année civile ~	100 % BR + 100 €
Lentilles prescrites refusées par le Régime Minier	Néant

**Priorité Prévention**

Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan visuel systématique (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)

**Dentaire****RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)**~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~

100 % Frais réels

**Panier maîtrisé : Prothèses dentaires (dont bridges) – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)**~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~

300 % BR

**Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par le Régime Minier**

Inlay Core	300 % BR
Inlay – Onlay	300 % BR
Prothèses dentaires fixes	
• prothèse métallique	300 % BR
• prothèse céramo-céramique, céramo-métallique	300 % BR
• couronne dentaire transitoire	300 % BR
Implantologie	
• couronne dentaire implantoportée	300 % BR
• autres actes prothétiques d'implantologie	300 % BR
• implant ~ limite de 5 implants par année civile ~	100 €
Prothèses dentaires amovibles	300 % BR
Prothèses dentaires fixes ou amovibles non remboursées par le Régime Minier ~ 1 forfait tous les 5 ans ~	130 €

**Soins**

Consultations et soins dentaires	100 % BR
Orthodontie remboursée par le Régime Minier	100 % BR
Autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention) remboursés par le Régime Minier	100 % BR

**Réparations**

Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	100 % BR
Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	100 % BR
Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	100 % BR
Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	100 % BR

**Priorité Prévention**

Examens bucco-dentaires dès 3 ans pris en charge à 100 % (3,6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans)

Forfait prévention remboursé (soins et conseils effectués par les dentistes)

Nouveaux soins remboursés (verniss fluorés pour les enfants de 6 à 9 présentant un risque carieux élevé)

Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements auditifs du réseau Kalixia

**Aides auditives de classe I à prise en charge renforcée et limitée à un remboursement par oreille tous les 4 ans**~ cf. annexe consultable sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr) ~

100 % Frais réels

**Aides auditives de classe II limitée à un remboursement tous les 4 ans - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle**

Age inférieur ou égal à 20 ans

~ forfait par oreille ~

100 % BR + 250 €

Age supérieur à 20 ans

~ forfait par oreille ~

100 % BR + 250 €

Piles auditives

100 % BR

Entretien et réparation

100 % BR

**Priorité Prévention**

Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan auditif (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)

**Bien-être et prévention**Remboursements AMO<sup>(1)</sup>  
+ Mutuelle**Prestations Bien-être**

Cure thermale remboursée par le Régime Minier ~ forfait annuel comprenant soins, transport et hébergement ~

100 % BR + 300 €

Médecines douces : chiropractie-ostéopathie - acupuncture - psychologie - psychanalyse - podologie

Thérapies complémentaires réalisées par un praticien Diplômé d'Etat (DE) ou inscrit ou RNCPS<sup>(8)</sup>

~ Forfait par consultation, limite de 2 consultations par année civile ~

50 €

**Prestations Prévention**

Pédicure ~ forfait par année civile ~

40 €

**Ateliers de prévention (sur inscription)**

- **Ateliers Santé** : en petits groupes, pour des échanges privilégiés sur des thèmes variés : alimentation, sommeil, activité physique, mémoire, bien-être, alternatives cosmétiques, produits ménagers...
- **Conférences** : animées par des professionnels de santé (médecin du sport, toxicologue, éco-infirmier, kiné...)
- **Dépistages, animations santé et expositions** : Journée Nationale de l'Audition, Journée Mondiale du Diabète, Octobre Rose...
- **Conseils santé** sur [mapreventionsante.fr](http://mapreventionsante.fr)

## LEGENDES

(1) AMO : Assurance Maladie Obligatoire (Assurance Maladie des Mines)

(2) BR : Base de Remboursement

(3) OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique.

(4) Renouvellement de l'équipement optique :  
Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres + 1 monture) au terme d'une période minimale :

- de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus,
- de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans,
- de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant des pertes d'efficacité du verre correcteur.
- Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, telles que définies par arrêté du 3 décembre 2018.

(5) Verres simples A : verres unifocaux sphère de -6,00 à +6,00 - ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0 – ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 6,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

(6) Verres complexes C : autres verres unifocaux – verres multifocaux ou progressifs sphère de -4,00 à +4,00 - ou verres multifocaux cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0 – ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 8,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

(7) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019).

(8) Répertoire National des Certifications Professionnelles. Cf liste définie par La Mutuelle Familiale

### Exemples de Remboursement<sup>1</sup> MINEURS F\_MC

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AM des Mines)	Remboursement MINEURS F_MC	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<i>Forfait journalier hospitalier (hébergement)</i>	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<i>Chambre particulière (sur demande du patient)</i>	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	45 € par nuitée	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
<i>Frais de séjour en secteur privé</i>	<i>Tarif moyen de 794,12 €</i>	794,12 €	794,12 €	0 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 422 €</i>	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</i>	<i>Tarif moyen de 463 €</i>	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>0 €</b>
<i>Frais de séjour en secteur public</i>	<i>Tarif moyen de 3344,37 €</i>	3344,37 €	3344,37 €	0 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AM des Mines)	Remboursement MINEURS F_MC	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,50 €	26,50 €	26,50 €	0 €	0 €
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,50 €	33,50 €	33,50 €	0 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,50 €	31,50 €	31,50 €	0 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Dépassement selon le contrat MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	49 €	33,50 €	33,50 €	15,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	31,50 €	15,75 €	4,75 €
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Dépassement selon le contrat MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	23 €	6,90 €	34,10 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	23 €	6,90 €	35,10 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	24,40 €	1,59 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AM des Mines)	Remboursement MINEURS F_MC	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0€</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	120 €	380 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	43,38 €	0 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	120 €	240 €	314 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 semestres max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	12,75 € par verre + 9 €	29,75 € par verre + 21 €	0 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	27 € par verre + 9 €	63 € par verre + 21 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,05 € par verre + 0,05 €	54,95 € par verre + 89,95 €	156 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,05 € par verre + 0,05 €	104,95 € par verre + 89,95 €	320 €
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 % BR + 100 €	Selon les frais engagés
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AM des Mines)	Remboursement MINEURS F_MC	Reste à charge
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	400 €	550 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100% BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>MINEURS F_MC</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1565 €	400 €	400 €	250 €	915 €

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.

***Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie des Mines 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/>)***