

Tableau d'exemples de remboursement de nos différentes formules de garanties complémentaire santé¹ PMI 2026

Rappel : les adhérents aux garanties PMI doivent être bénéficiaires des articles L212-1 ou L212-3 du code des pensions militaires d'invalidité (CPMIVG).
 À ce titre, outre la prise en charge des soins médicaux nécessités par l'affection ayant donné lieu à pension, pour leurs autres dépenses de santé ils doivent bénéficier d'une dispense totale de ticket modérateur de la part de leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.
 Les exemples de remboursements présentés prennent en compte cette spécificité.

Rappel : les adhérents aux garanties PMI doivent être bénéficiaires des articles L1212-1 ou L1212-3 du code des pensions militaires d'invalidité (CPMIVG). A ce titre, outre la prise en charge des soins médicaux nécessités par l'affection ayant donné lieu à pension, pour leurs autres dépenses de santé ils doivent bénéficier d'une dispense totale de ticket modérateur de la part de leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Les exemples de remboursements présentés prennent en compte cette spécificité.				Formule 1 Responsable ²		Formule 2 Responsable ²		Formule 3 Responsable ²	
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)3	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Mutélios	Reste à charge	Remboursement Mutélios	Reste à charge	Remboursement Mutélios	Reste à charge
HOSPITALISATION									
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	Dispense de paiement du forfait journalier	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0,00 €	0.00 €	0,00 €	0.00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursée	Non remboursée	Jusqu'à 50€ / jour	Selon frais engagés et durée.	Jusqu'à 60€ / jour	Selon frais engagés et durée.	Jusqu'à 70€ / jour	Selon frais engagés et durée.
				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	100% BR	Sans objet		Sans objet		Sans objet	
Frais de séjour en secteur privé	835,60€	835,60€	835,60€	0.00 €	0,00 €	0.00 €	0,00 €	0.00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	25% BR	Selon le tarif de l'acte	100% BR	Selon le tarif de l'acte	150% BR	Selon le tarif de l'acte
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434,00 €	271,70€	271,70€	67,93€	94,38€	162,30€	0,00€	162,30€	0,00€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	0% BR	Selon le tarif de l'acte	25% BR	Selon le tarif de l'acte	100% BR	Selon le tarif de l'acte
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473,00 €	271,70€	271,70€	0.00 €	201,30 €	68 €	133,38 €	201,30€	0,00 €
				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	100 % BR	Sans objet		Sans objet		Sans objet	
Frais de séjour en secteur public	3541,00€	3541,00€	3 541,00 €	0.00 €	0,00 €	0.00 €	0,00 €	0.00 €	0,00 €
SOINS COURANTS									
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	100 % BR – 2,00 € de participation forfaitaire	25% BR		125% BR		200% BR	
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	28,00 €	0,00€	2,00€	0,00€	2,00€	0,00€	2,00€
Ex : consultation pédiatre enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	35,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €	37,00 €	35,00 €	0,00€	2,00€	0,00€	2,00€	0,00€	2,00€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR – 2,00 € de participation forfaitaire	25% BR		80% BR		105% BR	
Ex : consultation pédiatre enfant de 2 à 6 ans	50,00€	35,00 €	35,00 €	8,75€	6,25€	15,00€	0,00€	15,00€	0,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de + de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54,00€	37,00 €	35,00 €	9,25€	9,75€	17,00€	2,00€	17,00€	2,00€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR – 2,00 € de participation forfaitaire	0% BR		75% BR		100% BR	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00€	23,00 €	23,00 €	0,00€	39,00€	17,25€	21,75€	23,00€	16,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00€	23,00 €	21,00 €	0,00€	44,00€	17,25€	26,75€	23,00€	21,00€
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	100% BR	50€ / an		100€ / an		150€ / an	
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18€	24,40€	24,40€	1,78€	0,00€	1,78€	0,00€	1,78€	0,00€

Tableau d'exemples de remboursement de nos différentes formules de garanties complémentaire santé¹ PMI 2026

Rappel : les adhérents aux garanties PMI doivent être bénéficiaires des articles L212-1 ou L212-3 du code des pensions militaires d'invalidité (CPMIVIG).
 A ce titre, outre la prise en charge des soins médicaux nécessités par l'affection ayant donné lieu à pension, pour leurs autres dépenses de santé ils doivent bénéficier d'une dispense totale de ticket modérateur de la part de leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.
 Les exemples de remboursements présentés prennent en compte cette spécificité.

Rappel : les adhérents aux garanties PMI doivent être bénéficiaires des articles L212-1 ou L212-3 du code des pensions militaires d'invalidité (CPMIVG). A ce titre, outre la prise en charge des soins médicaux nécessités par l'affection ayant donné lieu à pension, pour leurs autres dépenses de santé ils doivent bénéficier d'une dispense totale de ticket modérateur de la part de leur caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Les exemples de remboursements présentés prennent en compte cette spécificité.				Formule 1 Responsable ²		Formule 2 Responsable ²		Formule 3 Responsable ²	
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Mutélio	Reste à charge	Remboursement Mutélio	Reste à charge	Remboursement Mutélio	Reste à charge
DENTAIRE									
Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	100% BR	Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	120,00 €	380,00€	0,00€	380,00€	0,00€	380,00€	0,00€
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	100% BR	0 % BR		0 % BR		0 % BR	
Ex : détartrage	43,38€	43,38€	43,38€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	100% BR	100 % BR		150 % BR		200 % BR	
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	120,00 €	120,00€	317,00€	180,00€	257,00€	240,00€	197,00€
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	0 % BR		0 % BR		0 % BR	
Ex : traitement par semestre (6 max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00€	513,50€	0,00€	513,50€	0,00€	513,50€
OPTIQUE									
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	100 % BR	Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture) = 115€ pour un équipement complet	12,75 € par verre + 9,00 € soit 34,5€ pour un équip. complet	12,75 € par verre + 9,00 € soit 34,5€ pour un équipement complet	80,50€	0,00€	80,50€	0,00€	80,50€	0,00€
Ex : Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture) = 210€ pour un équipement complet	27,00 € par verre + 9,00 € soit 63€ pour un équipement complet	27,00 € par verre + 9,00 € soit 63€ pour un équipement complet	147,00€	0,00€	147,00€	0,00€	147,00€	0,00€
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Verres simples : 300€ ; Verres complexes : 500€ ; par équipement tous les 2 ans remb AMO inclus		Verres simples : 420€ ; Verres complexes : 700€ ; par équipement tous les 2 ans remb AMO inclus		Verres simples : 420€ ; Verres complexes : 700€ ; par équipement tous les 2 ans remb AMO inclus	
Ex verres simples + monture	110,00 € (par verre) + 146,00 € (monture) soit 366€ pour un équipement complet	0,05 € par verre + 0,05 € soit 0,15€ pour un équipement complet	0,05 € par verre + 0,05 € soit 0,15€ pour un équipement complet	299,85€	66,00€	365,85€	0,00€	365,85€	0,00€
Ex verres progressifs + monture	243,00 € (par verre) + 146,00 € (monture) soit 632€ pour un équipement complet	0,05 € par verre + 0,05 € soit 0,15€ pour un équipement complet	0,05 € par verre + 0,05 € soit 0,15€ pour un équipement complet	499,85€	132,00€	631,85€	0,00€	631,85€	0,00€
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	100€ par an		200€ par an		200€ par an	
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100,00€	Prix payé - 100€ max	200,00€	Prix payé - 200€ max	200,00€	Prix payé - 200€ max
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	150€ par œil		200€ par œil		300€ par œil	
Ex opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	150,00€	Prix payé - 100€	200,00€	Prix payé - 200€	300,00€	Prix payé - 300€
AIDES AUDITIVES									
Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	100% BR	Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	400,00 €	550,00€	0,00€	550,00€	0,00€	550,00€	0,00€
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	100% BR	550€ remboursement AMO inclus		700€ remboursement AMO inclus		850€ remboursement AMO inclus	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	400,00 €	150,00€	1 032,00 €	300,00€	882,00 €	450,00€	732,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré bénéficiaires d'une dispense de ticket modérateur du fait de la reconnaissance de son invalidité au titre du code des pensions militaires (L212-1 ou L213-1) et respectant le parcours de soins coordonnés. Seules les personnes bénéficiant de cet dispense au titre de cet invalidité peuvent adhérer aux garanties.

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 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/>)