

GAN SANTÉ
CONTRAT SANTÉ RESPONSABLE

Engagement lisibilité des garanties – exemples de remboursements¹ 2026

Document non contractuel, fourni à titre d'information



				Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5	
Contrat d’assurance santé responsable²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de l’assurance maladie obligatoire (BR)³	Remboursement de l’assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l’assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l’assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l’assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l’assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l’assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
 HOSPITALISATION													
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	Tarif réglementaire 20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu’à 35 €/jour	Selon frais engagés	Jusqu’à 60 €/jour	Selon frais engagés	Jusqu’à 70 €/jour	Selon frais engagés	Jusqu’à 80 €/jour	Selon frais engagés
Séjour 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 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Prix moyen national 838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maitrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé: honoraires chirurgien	Prix moyen national 443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €	171,30 €	0 €	171,30 €	0 €	171,30 €	0 €	171,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé: honoraires chirurgien	Prix moyen national 486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	214,30 €	214,30 €	0 €	214,30 €	0 €	214,30 €	0 €	214,30 €	0 €
Séjour sans 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’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 €	20 % BR	0 €	20 % BR	0 €	20 % BR	0 €	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Prix moyen national 3 754 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €

				Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5	
Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ³	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
🔗 SOINS COURANTS													
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire	30 % BR	2 € de participation forfaitaire	30 % BR	2 € de participation forfaitaire	30 % BR	2 € de participation forfaitaire	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	9,00 €	2,00 €	9,00 €	2,00 €	9,00 €	2,00 €	9,00 €	2,00 €
Consultation d'un médecin traitant pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	35 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0 €	10,50 €	0 €	10,50 €	0 €	10,50 €	0 €	10,50 €	0 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €	12,00 €	2,00 €	12,00 €	2,00 €	12,00 €	2,00 €	12,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO (dépassements maîtrisés)	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation d'un médecin traitant pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	50 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	15,00 €	25,50 €	0 €	25,50 €	0 €	25,50 €	0 €	25,50 €	0 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	15,00 €	25,00 €	2,00 €	25,00 €	2,00 €	25,00 €	2,00 €	25,00 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) (honoraires libres)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation d'un médecin traitant pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	39,00 €	13,80 €	32,10 €	18,40 €	27,50 €	29,90 €	16,00 €	29,90 €	16,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	45,00 €	13,80 €	38,10 €	18,40 €	33,50 €	29,90 €	22,00 €	29,90 €	22,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquille	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €	12,07 €	0 €	12,07 €	0 €	12,07 €	0 €	12,07 €	0 €

				Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5	
Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ³	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
🦷 DENTAIRE													
Soins et prothèses 100 % santé	Pris moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 €	120 €	72,00 €	443,00 €	0 €	443,00 €	0 €	443,00 €	0 €	443,00 €	0 €	443,00 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Pris moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120 €	72,00 €	48,00 €	441,99 €	150 €	339,99 €	250 €	239,99 €	300 €	189,99 €	400 €	89,99 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (réseau Sévéane)	561,99 €	120 €	72,00 €	48,00 €	441,99 €	200 €	289,99 €	300 €	189,99 €	350 €	139,99 €	450 €	39,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Pris moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	520,60 €	193,50 €	327,10 €	290,25 €	230,35 €	387,00 €	133,60 €	520,60 €	0 €

				Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5	
Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
👁️ OPTIQUE													
Équipement 100 % santé	Pris moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Équipement optique monture + verres simples	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement optique monture + verres progressifs	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Pris moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Équipement optique monture + verres simples	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	371,85 €	45 € (les 2 verres) + 65 € (monture)	261,91 €	50 € (les 2 verres) + 95 € (monture)	226,91 €	55 € (les 2 verres) + 100 € (monture)	216,91 €	60 € (les 2 verres) + 100 € (monture)	211,91 €
Équipement optique monture + verres progressifs	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	639,85 €	135 € (les 2 verres) + 65 € (monture)	439,91 €	135 € (les 2 verres) + 95 € (monture)	409,91 €	140 € (les 2 verres) + 100 € (monture)	399,91 €	150 € (les 2 verres) + 100 € (monture)	389,91 €
Équipement optique monture + verres simples (réseau Sévéane)*	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	342,25 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 65 € (monture)	53,37 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 95 € (monture)	23,37 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 100 € (monture)	18,37 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 100 € (monture)	18,37 €
Equipement optique monture + verres progressifs (réseau Sévéane)*	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	610,25 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 65 € (monture)	53,37 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 95 € (monture)	23,37 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 100 € (monture)	18,37 €	Prise en charge des verres sélectionnés + 100 € (monture)	18,37 €
Lentilles	Pris moyen national	Pas de prise en charge (en général)	Pas de prise en charge (en général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Lentilles non prises en charge par le régime obligatoire (forfait annuel)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 65,00 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 80 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 95,00 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 145,00 €	Selon frais engagés
Chirurgie réfractive	Pris moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Chirurgie réfractive : opération correctrice de la myopie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 155,00 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 230 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 305,00 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 460 €	Selon frais engagés

* Réseau Sévéane : réseau partenaire de professionnels de santé en optique, en dentaire, en implantologie et en audiologie.
L'exemple tient compte des tarifs préférentiels appliqués aux montures (jusqu'à – 20 %) et lentilles (jusqu'à – 10 %).

				Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5	
Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
👂 AIDE AUDITIVE													
Équipement 100 % santé	Pris moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Aide auditive par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €
Équipement hors 100 % santé	Pris moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Aide auditive par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	160,00 €	1 115,00 €	260,00 €	995,00 €	510,00 €	765,00 €	760,00 €	515,00 €	760,00 €	515,00 €

				Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Niveau 5	
Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
👁️ OPTIQUE													
Lentilles non prises en charge par le régime obligatoire (forfait annuel) (réseau Sévéane)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 80 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 95,00 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 110 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 155,00 €	Selon frais engagés
🦷 DENTAIRE													
Orthodontie (plus de 16 ans)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	0 €	Selon frais engagés	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 500 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 600 €	Selon frais engagés
Implantologie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 100 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 300 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 500 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 600 €	Selon frais engagés
Implantologie (réseau Sévéane)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 150 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 350 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 550 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 650 €	Selon frais engagés
☂️ PRÉVENTION & ACCOMPAGNEMENT													
Pack sevrage tabagique, vaccins prescrits non pris en charge, homéopathie...)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 40 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 50 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 60 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 100 €	Selon frais engagés
Médecine douce (ostéopathie, psychologue, étiopathie, psychothérapeute...)*	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 50 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 50 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 60 €	Selon frais engagés	Jusqu'à 60 €	Selon frais engagés

* Remboursement médecine douce par séance dans la limite fixée au contrat.

Tableau issu de l’avis du CCSF du 11 mai 2021 – mise à jour juin 2025 – Lisibilité des contrats d’assurance complémentaire santé

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulière 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. Le tableau ne tient pas compte des réformes en cours relatives au 100% santé des dispositifs médicaux (VPH et prothèses capillaires).

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. Le tableau n’intègre pas l’évolution des tarifs hospitaliers à compter du 1^{er} janvier 2026 car non connus à la date de publication.

4 : Prix limite de vente

5 : La participation forfaitaire de 2 € n’est pas due par les patient de moins de 18 ans, les femmes enceintes dès le 6^{ème} mois de grossesse et jusqu’à 12 jours après l’accouchement et les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l’Aide Médicale d’État.

* Exemples de remboursement sur la base du contrat Gan Santé Formule classique, pour un assuré, relevant du régime général d’assurance maladie, sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

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/>)



Gan Assurances

Compagnie française d'assurances et de réassurances

Société anonyme au capital de 216033700 € – RCS Paris 542063797 – APE: 6512Z

Siège social: 8-10, rue d'Astorg 75008 Paris – Tél.: 01 70 94 20 00 – www.gan.fr

Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR):

4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Direction Réclamations Clients – Gan Assurances: 3 place Marcel Paul – 92024 Nanterre – E-mail: reclamation@gan.fr

