



MES REMBOURSEMENTS TYL

[Mon tableau de remboursements](#)
[Mes exemples de remboursements](#)

[FAQ : Comment lire mon tableau de garanties?](#)
[Liste de remboursements](#)

Tableau de remboursements

TAUX SÉCURITÉ
SOCIALE

NIVEAU 1

NIVEAU 2

Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

Soins courants

Honoraires médicaux				
Consultations / visites généralistes	Médecins adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	125% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	105% BR
Consultations / visites spécialistes	Médecins adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	125% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	105% BR
Actes techniques médicaux	Médecins adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	125% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	105% BR
Actes d'imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)	Médecins adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	125% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR	100% BR	105% BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux		60% BR	100% BR	125% BR
Analyses et examens de laboratoires				
Analyses et examens de laboratoire		60% ou 70% BR	100% BR	125% BR
Médicaments				
Remboursés à 65% par la Sécurité sociale		65% BR	100% BR	100% BR
Remboursés à 30% par la Sécurité sociale		30% BR	30% BR	100% BR
Remboursés à 15% par la Sécurité sociale		15% BR	15% BR	100% BR
Matériel médical				
Petit appareillage		60% BR	100% BR	100% BR
Matériel orthopédique		60% BR	100% BR	100% BR
Grand appareillage		60% BR	100% BR	100% BR
Autres prothèses capillaires ou accessoires		60% BR	100% BR	100% BR
Prothèses mammaires ou lingerie adaptée		60% BR	100% BR	100% BR

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Honoraires				
Honoraires médicaux	Médecins adhérents à un DPTAM	80% ou 100% BR	100% BR	150% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	80% ou 100% BR	100% BR	130% BR
Honoraires chirurgicaux	Médecins adhérents à un DPTAM	80% ou 100% BR	100% BR	150% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	80% ou 100% BR	100% BR	130% BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux MAS et EHPAD)		-	Intégral	Intégral
Forfait actes lourds		-	Intégral	Intégral
Forfait patient urgences		-	Intégral	Intégral
Frais de séjour		80% ou 100% BR	100% BR	100% BR
Frais de transport		100% BR	-	-
Frais de transport programmé		55% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière en établissement conventionné		-	-	50€/jour
Chambre particulière en établissement non conventionné		-	-	40€/jour
Chambre particulière en ambulatoire		-	-	15€/jour
Frais d'accompagnement		-	-	40€/jour
Forfait TV		-	-	5€/jour
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département		-	-	15€/jour

 Dentaire

Consultations et soins dentaires	60% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% Santé*			
Inlay core	60% BR	Intégral (dans la limite des HLF)	Intégral (dans la limite des HLF)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	60% BR		
Soins et prothèses du panier maîtrisé			
Inlay, onlay	60% BR	100% BR (dans la limite des HLF)	100% BR (dans la limite des HLF)
Inlay core	60% BR		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	60% BR		
Soins et prothèses du panier libre			
Inlay, onlay	60% BR	100% BR	170% BR
Inlay core	60% BR	100% BR	170% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	60% BR	100% BR	170% BR
Soins et prothèses non remboursés			
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	250€ / prothèse
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	50€/ an
Implantologie	-	-	250€/ an
Orthodontie			
Semestres d'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Autres actes d'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR	100% BR

 Optique

Equipements du panier 100% Santé* (1)			
Monture + verres	60% BR	Intégral (dans la limite des PLV)	Intégral (dans la limite des PLV)
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfractions différents	60% BR		
Supplément pour verres avec filtres de classe A	60% BR		
Equipements du panier libre (maximim 100€ au titre de la onture) (1) (2)			
Monture et/ou 2 verres simples classe A	60% BR	100% BR	120€
Monture et/ou 2 verres complexes classe B	60% BR	100% BR	200€
Monture et/ou 2 verres très complexes classe C	60% BR	100% BR	300€
Monture et/ou 1 verre simple classe A + 1 verre complexe classe B	60% BR	100% BR	160€
Monture et/ou 1 verre simple classe A + 1 verre très complexe classe C	60% BR	100% BR	210€
Monture et/ou 1 verre complexe classe B + 1 verre très complexe classe C	60% BR	100% BR	250€
Prestations supplémentaires			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	60% BR	100% BR	100% BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	60% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	60% BR	100% BR	100% BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	60% BR	100% BR	100% BR + 100€ / an
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	-	100€ / an
Chirurgie réfractive	-	-	250€ / oeil / an

* HLF : Honoraires limites de Facturation

** PLV : Prix limites de Vente

Aides auditives

Equipements 100% Santé* (3)

Aides auditives pour les plus de 20 ans	60% BR	Intégral (dans la limite des PLV)	Intégral (dans la limite des PLV)
Aides auditives pour les moins de 20 ans	60% BR		

Equipements hors 100% Santé (3)

Aides auditives pour les plus de 20 ans	60% BR	100% BR	100% BR + 300€ / an
Aides auditives pour les moins de 20 ans	60% BR	100% BR	100% BR + 300€ / an
Piles et accessoires (4)	60% BR	100% BR	100% BR
Amplificateurs d'écoute	-	-	50€ / appareil

Prévention et bien-être

Cures thermales : frais d'hébergement, traitement, transport	65% BR	65% BR	100% BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien	-	60€ / an	100€ / an
Consultation psychologues, psychothérapeutes (dans la limite de 3 séances / an)	-	20€ / séance	25€ / séance
Forfait bilan nutrition	-	-	20€ / an
Activité physique adaptée - sport sur ordonnance	-	60€ / an	120€ / an
Semelles orthopédiques	60% BR	150€ / an	150€ / an
Substituts nicotiniques	65% BR	100% BR	100% BR
Crème solaire	-	-	15€ / an
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	15€ / an
Protections hygiéniques	-	20€ / an	25€ / an
Tous contraceptifs non remboursés	-	-	50€ / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR	100% BR
Tous actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	65% ou 70% BR	100% BR	100% BR

Services

Action sociale	-	Inclus	Inclus
----------------	---	--------	--------

Prévoyance

Maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail	-	90% du traitement ou du salaire (5)	95% du traitement ou du salaire (5)
Garantie décès accidentel / PTIA	-	50% de la base de garantie (6)	75% de la base de garantie (6)

* Tel que défini réglementairement.

(1) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.18 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 ou 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui comparée à la prescription médicale précédente justifie une évolution de la vue, soit selon les dispositions de l'article D.4361-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments à long cours.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

(2) Le remboursement au titre de la monture (Ss + Mutuelle) est plafonné à 100 €.

(3) La garantie s'applique aux frais réels exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique aux frais exposés dans la limite du nombre annuel de paquets fixés par l'arrêté du 14.11.2018.

(5) Sous déduction des indemnités versées par la Sécurité sociale ou au titre du statut de la Fonction publique territoriale.

(6) La base de garantie est définie par référence au traitement indiciaire et, le cas échéant, la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) bruts annuels ou par référence au salaire brut de base du membre participant, connu au 31 juillet de l'année N-1.

Mes exemples de remboursements



Soins courants



Consultation
Médecin Généraliste

30 €

Sécurité
sociale



Reste à
charge

Toute
formule

19 €

9 €

2 €



Consultation
médecin spécialiste

54 € *

*gynécologue avec honoraires
maîtrisés

Sécurité
sociale



Reste à
charge

Niveau 1

23,90 €

11,1 €

19 €

Niveau 2

23,90 €

20,4 €

9,75 €



Dentaire



Détartrage

43,38€

Sécurité
sociale



Reste à
charge

Toute
formule

26,03 €

17,35 €

0 €



Couronne
céramo-métallique
Prothèse du panier
100% santé

500€

Sécurité
sociale



Reste à
charge

Toute
formule

72 €

Remboursé
intégralement

0 €

Les tarifs indiqués pour les exemples de prestations sont les tarifs moyens pratiqués en 2024 selon l'UNOCAM.



Couronne
céramo-métallique
sur deuxièmes
pré-molaires

557 €

Sécurité
sociale

Lamie
MUTUELLE

Reste à
charge

Niveau 1

72 €

48 €

437 €

Niveau 2

72 €

132 €

353 €



Hospitalisation



Forfait journalier
hospitalier en court
séjour

20 €

Sécurité
sociale

Lamie
MUTUELLE

Reste à
charge

Toute
formule

20 €

**Intégralement
Remboursé**

0 €



Honoraires d'un
chirurgien pour opération
de la cataracte avec
un dépassement
maîtrisé

434 €

Sécurité
sociale

Lamie
MUTUELLE

Reste à
charge

Niveau 1

247,70 €

0 €

186,3 €

Niveau 2

247,70 €

135,85 €

50,45 €

Certains des exemples présentent la mention «Panier 100% Santé».

Qu'est ce que c'est ?

Le 100% Santé, c'est une initiative qui vous permet de ne rien avoir à payer pour certains soins et équipements médicaux essentiels. Si vous avez besoin de lunettes, de soins dentaires, d'appareils auditifs, ou de certains autres équipements médicaux, ce programme s'assure que vous ne payez rien de votre poche.

L'assurance maladie et Lamie couvrent totalement les frais, vous permettant d'accéder à des soins de qualité sans vous soucier du prix.

FAQ

Comment lire mon tableau de garanties ?



Selon la formule que vous choisissez (Fun, Cool), vos remboursements seront plus ou moins élevés. Un tableau ou une grille de garanties est organisé en postes de dépenses.

Les intitulés de ces grands postes sont identiques pour toutes les mutuelles afin de faciliter la comparaison: les soins courants, l'optique, le dentaire, l'hospitalisation, la médecine douce, la pharmacie, les aides auditives ...

Sous chacun de ces grands postes de remboursements, vous retrouverez tous les actes médicaux détaillés par ligne.



Les types de remboursements

A la droite de chaque acte médical remboursé, vous trouverez le remboursement proposé par Lamie mutuelle. Les remboursements s'expriment soit en € soit en %.



En euro

Par forfait : cela correspond souvent à des soins pas ou très peu remboursés par la Sécurité sociale, comme le sont les lunettes. Lamie vous rembourse sur la base du forfait en euros.

En temps réel : Lamie complète le remboursement de la Sécurité sociale à hauteur exacte de votre dépense, ainsi vous n'aurez pas de reste à charge. Ce sont souvent les remboursements liés aux équipements du panier 100% Santé ou certains frais liés à une hospitalisation.



En pourcentage

La BRSS ou BR (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) est le montant défini pour chaque acte médical à partir duquel la Sécurité Sociale et Lamie calculent leurs remboursements.

Ces montants références sont disponibles sur le site [Ameli.fr](https://www.ameli.fr) ou auprès du professionnel de santé.

Les pourcentages de la BRSS du tableau de garanties incluent, ou non, le remboursement de la Sécurité Sociale, l'information est mentionnée en tête du tableau.



Exemple d'un remboursement chez un médecin généraliste (Secteur 1)

Base de remboursement : 30 €

Part obligatoire Remboursement de la Sécurité Sociale

70% de la base de
remboursement

19 €



Part complémentaire Remboursement de Lamie

30% de la base de
remboursement

9 €

Participation forfaitaire Frais de franchise

-2 €

Exemples de remboursements 2025 TYL

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de la Sécurité Sociale		Remboursement de Lamie	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0,00 €	Formule 1	Remboursé intégralement	0 €
			Formule 2	Remboursé intégralement	0 €
Opération chirurgicale en clinique (opération de la cataracte)					
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	434 €	247,70 €	Formule 1	0 €	186,3 €
			Formule 2	136 €	50,45 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	473 €	247,70 €	Formule 1	0 €	225,3 €
			Formule 2	82 €	143,79 €
Optique					
Equipement 100% santé Equipement optique de classe A (monture + verres simples) de verres unifocaux	125 €	20,70 €	Formule 1	Remboursé intégralement	0 €
			Formule 2	Remboursé intégralement	0 €
Equipement optique : monture + verres simples unifocaux	366 €	0,09 €	Formule 1	0,06 €	365,85 €
			Formule 2	120,00 €	245,91 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale	200 €	0,00 €	Formule 1	0,00 €	200 €
			Formule 2	100,00 €	100 €
Chirurgie réfractive	1 600 €	0,00 €	Formule 1	0,00 €	1 600 €
			Formule 2	250,00 €	1 350 €
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	Formule 1	17,35 €	0 €
			Formule 2	17,35 €	0 €
Prothèse 100% santé Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré- molaires	500 €	72,00 €	Formule 1	Remboursé intégralement	0 €
			Formule 2	Remboursé intégralement	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	557 €	72,00 €	Formule 1	48 €	437 €
			Formule 2	132 €	353 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	72,00 €	Formule 1	48 €	437 €
			Formule 2	48 €	437 €
Semestre d'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	707 €	193,50 €	Formule 1	0 €	513,50 €
			Formule 2	0 €	513,50 €
Aides auditives					
Equipement 100% santé Aide auditive de classe I par oreille	950 €	240,00 €	Formule 1	Remboursé intégralement	0 €
			Formule 2	Remboursé intégralement	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 582 €	240,00 €	Formule 1	160 €	1 182 €
			Formule 2	460 €	882 €
Soins courants					
Pour préserver le système de santé, une participation forfaitaire de 2 € vous est demandée si vous êtes âgé de plus de 18 ans. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin et également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30 €	19,00 €	Formule 1	9 €	2 €
			Formule 2	9 €	2 €
Consultation d'un médecin spécialiste (gynécologue)					
Consultation sans dépassement d'honoraires	37 €	23,90 €	Formule 1	11,1 €	2 €
			Formule 2	11,1 €	2 €
Consultation avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	54 €	23,90 €	Formule 1	11,1 €	19 €
			Formule 2	20,4 €	9,75 €
Consultation avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	67 €	14,10 €	Formule 1	6,9 €	46 €
			Formule 2	8,1 €	44,85 €

TYL



Vous avez d'autres questions ?

Nos équipes restent disponibles afin de répondre à toutes vos questions.

Vous pouvez nous contacter par mail et par téléphone.

Nous serons ravis de vous aider !



contact@lamie-mutuelle.fr



01 84 25 69 33