

 Convention Collective Nationale SYNTEC - IDDC 1486 Secteur conventionné ou non conventionné - dans le cadre du parcours de soins coordonné et dans la limite des frais engagés. Le contrat est responsable et solidaire.	Régime Obligatoire	Régime Obligatoire + Mutuelle	Régime Obligatoire + Option 1	Régime Obligatoire + Option 2	Régime Obligatoire + Option 3
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations, consultations en ligne, visites : généralistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	70% BR	100% BR	150% BR	220% BR	400% BR
Consultations, consultations en ligne, visites : généralistes non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	70% BR	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Consultations, consultations en ligne, visites : spécialistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	70% BR	195% BR	220% BR	300% BR	450% BR
Consultations, consultations en ligne, visites : spécialistes non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	70% BR	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	70% BR	150% BR	170% BR	170% BR	250% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	70% BR	130% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Forfait pour les actes dits «lourds» y compris les soins courants ci-dessous :	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...)	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoires					
Analyses médicales remboursées par le R.O	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Imageries médicales					
Imageries médicales signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO [1]	70% BR	100% BR	145% BR	170% BR	350% BR
Imageries médicales non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO [1]	70% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Matériel médical					
Appareillages et prothèses médicales (hors aides auditives et optiques) remboursés par le R.O	60% ou 100% BR	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses capillaires	100% BR	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses mammaires	100% BR	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Transports, ambulances					
Frais de transport sanitaire (hors SMUR) remboursé par le R.O	55% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie					
Service médical rendu (SMR) important (vignette blanche)	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) modéré (vignette bleue)	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) faible (vignette orange)	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins contre la grippe non remboursés par le R.O [1]	-	-	-	Frais réels plafonnés à 15 €	Frais réels plafonnés à 70 €
Autres vaccins prescrits non remboursés par le R.O	-	-	-	90 €	100 €
Contraception féminine [1]	-	-	-	50 €	100 €
Sevrage tabagique [1]	-	-	-	50 €	100 €
HOSPITALISATION					
Frais de séjour	80%ou100%BR	175% BR	200% BR	200% BR	300% BR
Honoraires et actes chirurgicaux signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	80%ou100%BR	195% BR	220% BR	220% BR	525% BR
Honoraires et actes chirurgicaux non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO	80%ou100%BR	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier ou psychiatrie [2]	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris en ambulatoire [3]	-	45 €/nuitée	60 €/nuitée	90 €/nuitée	130 €/nuitée
Lit d'accompagnant - par nuité	-	45 €/nuitée	60 €/nuitée	90 €/nuitée	130 €/nuitée
Forfait pour les actes dits «lourds»	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences (FPU) [4]	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
DENTAIRE (Y COMPRIS HORS NOMENCLATURE)					
Soins et prothèses 100% santé***	60% ou 70% BR	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation
Dentaires autres que 100% santé					
Soins, actes chirurgicaux dentaires, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursés par le R.O (sans dépassement d'honoraire)	60% ou 70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins, actes chirurgicaux dentaires, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursés par le R.O (avec dépassement d'honoraire)	60% ou 70% BR	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Inlays et onlays remboursés par le R.O	60% ou 70% BR	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses - panier maîtrisé - panier libre					
Prothèses dentaires remboursées par le R.O - dents du sourire [6]	60% ou 70% BR	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
Prothèses dentaires remboursées par le R.O - dents de fond de bouche [6]	60% ou 70% BR	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
Inlays-cores	60% ou 70% BR	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR

 Convention Collective Nationale SYNTEC - IDDC 1486 Secteur conventionné ou non conventionné - dans le cadre du parcours de soins coordonné et dans la limite des frais engagés. Le contrat est responsable et solidaire.		Régime Obligatoire	Régime Obligatoire + Mutuelle	Régime Obligatoire + Option 1	Régime Obligatoire + Option 2	Régime Obligatoire + Option 3
Autres actes dentaires remboursés						
Couronne sur implant : dents du sourire	60% ou 70% BR	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR	
Couronne sur implant : dents de fond de bouche	60% ou 70% BR	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR	
Orthodontie remboursée par le R.O (par semestre et par bénéficiaire)	60%, 70% BR ou 100% BR	250% BR	300% BR	350% BR	450% BR	
Actes dentaires non remboursés						
Prothèses, couronnes et piliers de bridge sur dents non délabrées (vivantes)	-	150 €/an / bénéficiaire	200 €/an / bénéficiaire	300 €/an / bénéficiaire	300 €/an / bénéficiaire	
Implantologie racine et pilier implantaire (par an et par bénéficiaire)	-	500 €/an / bénéficiaire	500 €/an / bénéficiaire	500 €/an / bénéficiaire	800 €/an / bénéficiaire	
Parodontologie non remboursée par le R.O (par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €/an / bénéficiaire	300 €/an / bénéficiaire	300 €/an / bénéficiaire	
Orthodontie non remboursée par le R.O (par semestre et par bénéficiaire) [7] - Au-delà de 25 ans	-	-	250% BRR	250% BRR	350% BRR	
OPTIQUE						
Équipement 100% santé (classe A) ** [8]	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	
Suppléments et prestations optiques (classe A) [8]	60% BR	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)	
Équipement classe B - Adulte [8]						
Monture	60% BR	80 €	100 €	100 €	100 €	
Verres simples	60% BR	85 €/verre	90 €/verre	100 €/verre	125 €/verre	
Verres complexes	60% BR	155 €/verre	160 €/verre	180 €/verre	225 €/verre	
Verres très complexes	60% BR	155 €/verre	160 €/verre	180 €/verre	225 €/verre	
Équipement classe B - Enfant de moins de 16 ans [8]						
Monture	60% BR	60 €	75 €	100 €	100 €	
Verres simples	60% BR	55 €/verre	60 €/verre	70 €/verre	90 €/verre	
Verres complexes	60% BR	130 €/verre	135 €/verre	145 €/verre	180 €/verre	
Verres très complexes	60% BR	130 €/verre	135 €/verre	145 €/verre	180 €/verre	
Autres prestations optiques						
Lentilles remboursées par le R.O - a minima le Ticket Modérateur	60% BR	60% BR + 85 €/an	60% BR + 100 €/an	60% BR + 200 €/an	60% BR + 350 €/an	
Lentilles non remboursées par le R.O ou jetables	-	85 €/an	100 €/an	200 €/an	350 €/an	
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Chirurgie réfractive	-	700 €/œil/an	700 €/œil/an	750 €/œil/an	1 000 €/œil/an	
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100% santé classe I tous les 4 ans	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV	
Équipement classe II dans la limite des 1700 € par oreille (R.O inclus) tous les 4 ans	60% BR	450 €/prothèse (R.O inclus)	600 €/prothèse (R.O inclus)	1000 €/prothèse (R.O inclus)	1000 €/prothèse (R.O inclus)	
Consommables, piles ou accessoires remboursés par le R.O	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
MÉDECINES DOUCES						
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien, Homéopathe, Psychologue, Sophrologue, Sexologue, Réflexologue, Tabacologue (par année civile et par bénéficiaire - sur présentation de facture originale)	-	30 €/séance dans la limite de 2 séances par an	30 €/séance dans la limite de 3 séances par an	30 €/séance dans la limite de 4 séances par an	50 €/séance dans la limite de 5 séances par an	
PRÉVENTION						
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale sont pris en charge	65% ou 70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Frais liés aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale pris en charge au titre des articles L162-1-23 et L162-48 du code de la Sécurité sociale	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le R.O [1]	-	-	-	50 €	100 €	
Forfait sport [9]	-	20 €/an	20 €/an	20 €/an	20 €/an	
Dispositif «Mon soutien psy» selon les conditions prévues par le R.O	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES						
Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne et Juridique [10]	-	Oui	Oui	Oui	Oui	
Fonds d'actions sociales	-	Oui	Oui	Oui	Oui	
Allocation natalité ou adoption [11] (doublé en cas de naissance gémellaire)	-	-	-	-	400 €	

R.O : Régime Obligatoire.

BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

TM : Ticket Modérateur.

BRR : Base de Remboursement Reconstituée.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée.

OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique.

Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaires. Les remboursements sont effectués sur la base du régime obligatoire.

(1) Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée.

(2) La prise en charge ne s'applique pas aux unités et centres de soins longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et des établissements accueillant les personnes âgées.

(3) La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire).

(4) Les urgences gynécologiques ne sont pas concernées.

(5) Application d'un plafond de prothèses dentaires hors équipement « 100% santé » : pose de prothèses de nature temporaire ou permanente sur deux (2) dents par an et par bénéficiaire. Au-delà de ce plafond de deux (2) dents, la prise en charge est limitée à 125% de la BR des frais de soins dentaires prothétiques.

(6) Les dents du sourire correspondent aux dents n°11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44. Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n°15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(7) Dans ce cas, le remboursement opéré par l'organisme de complémentaire santé est réalisé par référence à la Base de Remboursement Reconstituée de la cote « T090 ».

(8) La prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (monture et verres) en fonction du niveau de correction et dans la limite des plafonds. Elle est par ailleurs limitée dans les conditions ci-dessous. Le renouvellement anticipé se fera conformément aux règles du contrat responsable.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Pour les patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin). Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

Pour les patients qui présentent également une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(9) Le forfait sport est octroyé à tout adhérent (y compris à ses ayants - droit), titulaire d'une licence sportive ou inscrit dans une salle de sport ou sur présentation d'une facture acquittée pour une activité de remise en forme ou acquittée auprès d'un club ou association de danse.

(10) Garantie assurée par l'organisme Fil Assistance international immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689 n° de téléphone : 09 69 32 03 77.

(11) Garanties couvertes auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance (MGP) immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660

** Tels que définis réglementairement.

*** Panier sans reste à charge défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires prévus à cet effet.

Retrouvez toutes les informations de Mutuale

www.mutuale.fr



Exemple de remboursement⁽¹⁾ CCN SYNTEC BASE - IDCC1486

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	45 €	5,00 €	Prix moyen Mutuelle 2025
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 en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	443,00 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €	
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 en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	24,15 €	21,75 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	24,15 €	27,75 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 € (Honoraire limite de facturation)	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	138,00 €	351,99 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	230,35 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (42,50€ par verre) et monture (30€)	115 € (Prix limite de vente)	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	249,91 €	122,00 €	
Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	389,91 €	250,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	1 400,00 €	0,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 € (Prix limite de vente)	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	450,00 €	825,00 €	

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.

Exemple de remboursement⁽¹⁾ CCN SYNTEC OPTION 1 - IDCC 1486

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuelle 2025
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 en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	443,00 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €	
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 en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	16,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	29,90 €	22,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 € (Honoraire limite de facturation)	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	168,00 €	321,99 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	133,60 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (42,50€ par verre) et monture (30€)	115 € (Prix limite de vente)	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	279,91 €	92,00 €	
Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	419,91 €	220,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	1 400,00 €	0,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 € (Prix limite de vente)	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	600,00 €	675,00 €	

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.

Exemple de remboursement⁽¹⁾ CCN SYNTEC OPTION 2 - IDCC1486

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuelle 2025
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 en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	443,00 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €	
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 en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	16,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	29,90 €	22,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 € (Honoraire limite de facturation)	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	348,00 €	141,99 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	36,85 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (42,50€ par verre) et monture (30€)	115 € (Prix limite de vente)	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	72,00 €	
Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	459,91 €	180,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	1 400,00 €	0,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 € (Prix limite de vente)	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	1 000,00 €	275,00 €	

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.

Exemple de remboursement⁽¹⁾ CCN SYNTEC OPTION 3 - IDCC 1486

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuelle 2025
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 en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	443,00 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €	
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 en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	16,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	29,90 €	22,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 € (Honoraire limite de facturation)	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	468,00 €	21,99 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (42,50€ par verre) et monture (30€)	115 € (Prix limite de vente)	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	349,91 €	22,00 €	
Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	549,91 €	90,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	1 400,00 €	0,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 € (Prix limite de vente)	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	1 000,00 €	275,00 €	

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.