

 FONCTIONS PUBLIQUES GAMME COLLECTIVE PSC 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 Base	Régime Obligatoire + Mutuelle Option 1	Régime Obligatoire + Mutuelle Option 2	Régime Obligatoire + Mutuelle Option 3
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Consultations, visites : généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		70% BR	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Consultations, visites : généralistes et spécialistes non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		70% BR	100% BR	130% BR	130% BR	180% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		70% BR	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		70% BR	100% BR	130% BR	130% BR	180% 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	135% BR	175% BR	225% BR
Dispositif «Mon soutien psy» selon les conditions prévues par le R.O		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	135% BR	175% BR	225% BR
Imageries médicales						
Imageries médicales signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		70% BR	100% BR	135% BR	175% BR	225% BR
Imageries médicales non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		70% BR	100% BR	115% BR	155% BR	200% BR
Matériel médical						
Prothèses capillaires 100% Santé en classe 1 et 2 **		60% ou 100% 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
Petits et grands appareillages remboursés par le R.O		60% ou 100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	400% BR
Prothèses capillaires hors 100% SANTE de classe 3 et 4 **		60% BR	100% BR	200% BR + 100 €/an	300% BR + 150 €/an	400% BR + 200 €/an
Prothèses mammaires		60% ou 100% BR	100% BR + 150 €	200% BR + 100 €/an	300% BR + 150 €/an	400% BR + 200 €/an
Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) : location de courte durée éligible au 100% Santé		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
Frais liés aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale pris en charge au titre de l'article L162-1-23 du code de la Sécurité sociale		60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Transports, ambulances						
Transport 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
HOSPITALISATION						
Frais de séjour		80% ou 100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		80% ou 100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Honoraires et actes chirurgicaux non-signataires de l'OPTAM ou OPTAM ACO		80% ou 100% BR	100% BR	130% BR	130% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier illimité [1]		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie illimité [1]		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière [1] [2] [3]		-	-	45 €/nuitée	60 €/nuitée	75 €/nuitée
Chambre particulière en ambulatoire [4]		-	-	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour
Frais d'accompagnement [5]		-	-	20 €/jour dans la limite de 60 jours par an	30 €/jour dans la limite de 60 jours par an	40 €/jour dans la limite de 60 jours par an
Dépistage de la trisomie 21 foetale par analyse de l'ADN (par acte), Caryotype constitutionnel prénatal (par acte), aide à la procréation médicale assistée		80% ou 100% BR	100% BR + 100€/ an	100% BR + 100€/ an	100% BR + 100€/ an	100% BR + 100€/ an
Forfait pour les actes dits «lourds»		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences (FPU) [6]		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
DENTAIRE (SAUF 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
Dentaire - prothèses panier libre :						
Soins dentaires, actes chirurgicaux dentaires, parodontologie remboursés par le R.O		60% ou 70% BR	100% BR	135% BR	175% BR	225% BR

 FONCTIONS PUBLIQUES GAMME COLLECTIVE PSC 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 Base	Régime Obligatoire + Mutuelle Option 1	Régime Obligatoire + Mutuelle Option 2	Régime Obligatoire + Mutuelle Option 3
Inlays-onlays remboursés par le R.O		60% ou 70% BR	100% BR	135% BR	175% BR	225% BR
Prothèses dentaires, implants remboursés par le R.O		60% ou 70% BR	125% BR	270 % BR	350% BR	400% BR
Inlay-cores remboursés par le R.O		60% ou 70% BR	125% BR	195% BR	245% BR	295% BR
Prothèses dentaires (codifiées CCAM) non remboursées par le R.O		-	-	200 €/an	250 €/an	300 €/an
Implantologie dentaire (implant + vis) non remboursée par le R.O		-	-	150 €/an	300 €/an	550 €/an
Maladie parodontale non remboursée par le R.O		-	-	150 €/an	250 €/an	350 €/an
Orthodontie remboursée par le R.O		60%, 70% BR ou 100% BR	125% BR	250% BR	325% BR	375% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O		-	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an
OPTIQUE						
Équipement 100% santé (classe A)** (7)		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
Suppléments et prestations optiques (classe A) (7)		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 et autres prestations optiques (7)						
Monture		60% BR	40,00 €	70,00 €	90,00 €	100,00 €
Verres simples		60% BR	30 €/verre	70 €/verre	90 €/verre	110 €/verre
Verres complexes		60% BR	80 €/verre	120 €/verre	180 €/verre	200 €/verre
Verres très complexes		60% BR	105 €/verre	170 €/verre	230 €/verre	250 €/verre
Lentilles remboursées ou non remboursées par le R.O		60% BR ou 0% BR	100% + 100 €/an	100% + 150 €/an	100% + 200 €/an	100% BR + 250 €/an
Lentilles non remboursées par le R.O ou jetables		-	100 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Chirurgie réfractive		-	-	100 €/œil/an	200 €/œil/an	300 €/œil/an
Suppléments et prestations optiques		60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
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 de 1700 € par oreille (R.O et Ticket Modérateur inclus) tous les 4 ans		60% BR	100% BR	200% BR	300% BR	425% BR
Consommables, piles ou accessoires remboursés par le R.O		60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
CURE THERMALE						
Cure thermale remboursée par le R.O		65% BR	-	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait hébergement et transport pour une cure remboursée par le R.O		-	-	-	200 €/an	300 €/an
MÉDECINES DOUCES						
Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien, Homéopathe (praticiens reconnus selon la loi 2003/JO n°54 du 5 mars 2002), Psychologue, Sexologue, Réflexologue, Sophrologue, Diététicien		-	-	100 €/an	140 €/an	180 €/an
PRÉVENTION						
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code la Sécurité sociale sont pris en charge, examens annuels de prévention bucco-dentaire et soins consécutifs associés (Prévention bucco-dentaire «MT dents» - bénéficiaires âgés de 3 à 24 ans)		65% ou 70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la Sécurité sociale) ou non remboursable par le R.O		70% BR	100% BR	100 % BR + 20 €/an	100% BR + 40 €/an	100 % BR + 60 €/an
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O		-	-	20 €/an	40 €/an	60 €/an
Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O		-	-	35 €/an	70 €/an	100 €/an
Vaccins non remboursés, amniocentèse, moyens de contraception, bilan nutritionniste, fécondation in vitro, tous les produits de sevrage tabagique (sauf cigarette électronique) (y compris hypnose dans le cadre du sevrage tabagique) non remboursés		-	40€ /an	40€ /an	40€ /an	40€ /an
Vaccin anti grippe (remboursé ou non par le R.O)			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Sport (8)		-	20€ /an	20 €/an	20 €/an	20 €/an
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES						
Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne et Juridique (9)		-	Oui	Oui	Oui	Oui
Fonds d'Actions Sociales		-	Oui	Oui	Oui	Oui
Allocations natalité ou adoption (10)		-	-	150 €	200 €	200 €

R.O : Régime Obligatoire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

BRR : Base de Remboursement Reconstituée.

PLV : Prix Limite de Vente.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée.

OPTAM ACO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique.

CCAM: classification commune des actes médicaux.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

(1) 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.

(2) La prise en charge est limitée en médecine, en chirurgie et maternité : pas de prise en charge dans la garantie de base, limitée à 30 jours/an pour l'option 1, limitée à 60 jours/an dans l'option2 et l'option 3.

(3) La prise en charge est limitée en établissements spécialisés : pas de prise en charge dans la garantie de base et dans l'option 1, limitée à 15 jours/an dans l'option 2 et limitée à 30 jours/an dans l'option 3.

(4) Le séjour doit être dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. La prestation «forfait ambulatoire» n'est pas prise en charge. Pas de prise en charge dans l'option de base.

(5) En cas d'hospitalisation d'un enfant du membre participant.

(6) Les urgences gynécologiques ne sont pas concernées.

(7) 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.

(8) 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.

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

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

** Tels que définis règlementairement.

*** 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



Mutuelle régie par le code de la mutualité, soumise aux dispositions du livre II de ce même code et immatriculée à l'INSEE sous le numéro 775 369 887 - Siège social : 6 rue Gallée - Parc A10 Sud - 41260 La Chaussée St-Victor. Crédit photo : Istock - Tarifs en vigueur pour l'année 2025-2026



Exemple de remboursement⁽¹⁾ CONTENTBASE

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 avec nuitée (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	50,00 €	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 €	24,00 €	147,30 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	24,00 €	190,30 €	
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 €	10,50 €	15,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	15,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
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 €	6,90 €	39,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	45,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515 € (Honoraires 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 €	78,00 €	411,99 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	472,23 €	
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						
Réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	119,91 €	252,00 €	
Réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	219,91 €	420,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	99,91 €	272,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	440,00 €	
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 €	0,00 €	1 400,00 €	
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 €	160,00 €	1 115,00 €	

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⁾ CONTENTFAC1

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 avec nuitée (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 €	119,10 €	52,21 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	64,76 €	149,55 €	
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 €	22,75 €	2,75 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	10,35 €	37,55 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	10,35 €	41,55 €	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 €	252,00 €	237,99 €	
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						
Réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	229,91 €	142,00 €	
Réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	329,91 €	310,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	209,91 €	162,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	309,91 €	330,00 €	
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 €	200,00 €	1 200,00 €	
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 €	760,00 €	515,00 €	

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⁾ CONTENTFAC2

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 avec nuitée (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuale 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 €	173,44 €	40,87 €	
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 €	19,55 €	26,35 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	19,55 €	32,35 €	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 €	435,38 €	85,23 €	
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€)	215 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	177,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	289,91 €	82,00 €	
Réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	469,91 €	170,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	269,91 €	102,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	449,91 €	190,00 €	
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 €	400,00 €	1 000,00 €	
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 €	1 260,00 €	15,00 €	

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⁾ CONTENTFAC2

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 avec nuitée (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuale 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 €	173,44 €	40,87 €	
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 €	19,55 €	26,35 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	19,55 €	32,35 €	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 €	435,38 €	85,23 €	
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€)	215 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	177,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	289,91 €	82,00 €	
Réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	469,91 €	170,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	269,91 €	102,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	449,91 €	190,00 €	
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 €	400,00 €	1 000,00 €	
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 €	1 260,00 €	15,00 €	

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⁾ CONTENTFAC4

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 en nuitée (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuale 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 € (Honoraires limite de facturation)	120,00 €	84,00 €	431,00 €	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 €	489,99 €	0,00 €	
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						
Réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	371,91 €	0,00 €	
Réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	579,91 €	60,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres simples (112€ par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15 €	0,09 €	359,91 €	12,00 €	
Hors réseau MFOS : Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15 €	0,09 €	559,91 €	80,00 €	
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 €	800,00 €	600,00 €	
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 €	1 275,00 €	0,00 €	

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.