

FOURNIER APERF Retraités - MEDIUM

Collège : Retraités (Hors Loi Evin)

HOSPITALISATION (1)				
SECTEUR CONVENTIONNE				
Frais de séjour	80%	TM		100 % BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	TM + 100 % BR		200 % BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	TM + 30 % BR		130 % BR
Chambre particulière avec nuitée (chir. méd. mater.) (1a) - Par jour	Néant	70,00 €		70,00 €
Chambre particulière en ambulatoire (chir. méd. mater.) - Par jour	Néant	70,00 €		70,00 €
Chambre particulière en suite de soins (1a) - Par jour (Etablissements spécialisés de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence)	Néant	70,00 €		70,00 €
Chambre particulière en Psychiatrie (1a) - Par jour	Néant	70,00 €		70,00 €
Forfait journalier hospitalier (1b)	Néant	Frais réels		Frais réels
Forfait Patient Urgence	Néant	Frais réels		Frais réels
Participation "actes lourds"	Néant	Frais réels		Frais réels
OPTIQUE (2)				
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (monture + verres) (équipement 100% santé)				
Forfait <b>Monture</b>	60%	100% PLV - Rbt AMO		100% PLV
Forfait <b>par Verre</b>	60%	100% PLV - Rbt AMO		100 % PLV
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (monture + verres) (Le rbt AMO est inclus au forfait)				
Forfait <b>Monture</b>	60%	80,00 €		80,00 €
Forfait par <b>Verre unifocal faible et moyenne correction</b>	60%	110,00 €		110,00 €
Forfait par <b>Verre unifocal forte correction</b>	60%	145,00 €		145,00 €
Forfait par <b>Verre multifocal ou progressif faible correction</b>	60%	220,00 €		220,00 €
Forfait par <b>Verre multifocal ou progressif forte correction</b>	60%	290,00 €		290,00 €
SUPPLEMENTS OPTIQUES				
CLASSE A				
Suppléments optiques ayant un PLV	60%	100% PLV - Rbt AMO		100 % PLV
Suppléments optiques n'ayant pas de PLV	60%	TM		100 % BR
CLASSE B				
Appairage de verre d'indice de réfraction différent	Néant	Néant		Néant
Tous suppléments optiques	60%	TM		100 % BR
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES				
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	Néant ou 60%	(Néant ou TM) + 155,00 €	(Néant ou 100% BR) +	155,00 €
DENTAIRE (3)				
PROTHESES DENTAIRES				
PANIER DE SOINS 100% santé				
Soins, Prothèses et réparations remboursés par l'AMO	60%	100% HLF - Rbt AMO		100 % HLF
Inlay-Core	60%	100% HLF - Rbt AMO		100 % HLF
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO	60%	100% HLF - Rbt AMO		100 % HLF
PANIER DE SOINS AUX TARIFS MAITRISES (dans la limite des HLF) OU TARIFS LIBRES				
Prothèses et réparations remboursées par l'AMO	60%	TM + 250 % BR		350 % BR
Inlay-Core	60%	TM + 250 % BR		350 % BR
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO	60%	TM + 250 % BR		350 % BR
Soins dentaires (y compris parodontologie et détartrage remboursés par l'AMO)	60%	TM		100 % BR
Inlays-onlays	60%	TM		100 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES				
Prothèses non remboursées par l'AMO - Crédit annuel	Néant	300,00 €		300,00 €
Implantologie non remboursée par l'AMO (implant + pilier) - Crédit annuel	Néant	700,00 €		700,00 €
AIDES AUDITIVES (4)				
Aides auditives CLASSE 1				
Enfant et adulte (équipement 100% santé) - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	100% PLV - Rbt AMO		100% PLV
Aides auditives CLASSE 2 (plafond 1 700 € / oreille)				
Enfant jusqu'à 19 ans inclus - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	TM		100 % BR
Adulte - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	TM + 600,00 €	100% BR +	600,00 €
Piles et accessoires	60%	TM		100 % BR
SOINS COURANTS				
Consultations - visites <b>Généralistes</b> - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR		200 % BR
Consultations - visites <b>Généralistes</b> - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 80 % BR		180 % BR
Consultations - visites <b>Spécialistes</b> - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR		200 % BR
Consultations - visites <b>Spécialistes</b> - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 80 % BR		180 % BR
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR		200 % BR
Actes de spécialité - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 80 % BR		180 % BR
Imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR		200 % BR
Imagerie médicale - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 80 % BR		180 % BR
Télésurveillance médicale	Rbt AMO	TM		100 % BR
Honoraires paramédicaux	60%	TM		100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60%	TM		100 % BR
Transport	55%	TM		100 % BR
Médicaments remboursés par l'AMO	15%-30%-65%	TM		100 % BR
Appareillages - Dispositifs médicaux - Orthopédie - Crédit annuel	60%-65%-100%	(150%BR - Rbt AMO) + 110 €	150% BR +	110,00 €
CURES THERMALES				
Cure thermique remboursée par l'AMO	65%	TM		100 % BR
Surveillance médicale	70%	TM		100 % BR
Participation à l'hébergement et au transport (si prise en charge de la cure thermique par l'AMO)	Néant ou 65%	(Néant ou TM) + 100 €	(Néant ou 100% BR) +	100,00 €
PREVENTION - BIEN ETRE				
Actes de prévention remboursés par l'AMO	Rbt AMO	TM		100 % BR
Médecine complémentaire (MC14) : Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Pédicure-Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Acupuncteur, Homéopathe, Diététicien-Nutritionniste, Microkinésithérapeute, Réflexologue, Sophrologue, Médecine Traditionnelle Chinoise, Hypnose Ericksonienne (praticiens ayant obtenu un diplôme et ayant un N° RPPS ou ADELI ou FINESS ou SIREN)	Néant	30,00 € / séance (limité à 4 séances/ an)	30,00 € / séance (limité à 4 séances/ an)	
Densitometrie osseuse	Néant	23,00 €		23,00 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES				
Participation aux frais obsèques <b>NON LIMITATIF à 70 ANS (*)</b>	Néant	300,00 €		300,00 €
GARANTIE ASSISTANCE vie quotidienne	Néant	Oui		Oui
Aide-ménagère, travailleuses familiales : si accord du régime obligatoire (CAF, caisse de retraite)	Néant	50% Reste à charge		50% Reste à charge

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

Si le médecin n'est pas conventionné avec l'Assurance Maladie, la base de remboursement est celle du tarif d'autorité.

Sauf mention contraire, en secteur non conventionné, la chambre particulière est limitée à 50% du montant de la prise en charge de la chambre particulière en secteur conventionné et la mutuelle ne prend pas en charge les frais d'accompagnement.

**(1a)** La durée de la prise en charge de la **chambre particulière** est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est prise en charge en suite de soins dans les établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence) et en psychiatrie, dans la limite de 60 jours par an et par bénéficiaire.

**(1b)** Le **forfait journalier** est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

**(2) Optique** : Possibilité de choisir la monture en classe A ou B et de prendre les verres dans l'autre classe.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants.

Cette période est ramenée à 1 an (glissant) pour un équipement (1 monture et 2 verres), en cas d'évolution de la correction optique selon certains critères.

Pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois glissants.

Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas de d'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans tous les cas : Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières, sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Lors d'un achat d'un équipement (monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).

La prise en charge de 2 équipements simultanés est possible dans certains cas particuliers, sous réserve d'une ordonnance de l'ophtalmologiste le précisant.

**(3) Dentaire** : Pas de plafond annuel.

**(4) Aides auditives** : Le remboursement de l'aide auditive est soumis pour la classe 1 au prix limite de vente et, pour la classe 2, au plafond de remboursement (AMO + Mutuelle) de 1 700 € / oreille dans la limite de la dépense.

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans. Cette dernière disposition s'applique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et tient compte des 4 dernières années antérieures.

**(\*)** Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660.

**Dispositif MonPsy** : les consultations de psychologues seront prises en charge dans les conditions strictes du décret 2022-195 du 17 février 2022 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.

#### LEXIQUE

**AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / BRR : Base de Remboursement Reconstituée / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale /**

**TM : Ticket modérateur / PLV : Prix Limite de Vente / HLF : Honoraires Limites de Facturation.**

**Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.**

**Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.**

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO) à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO). Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

#### Frais engagés à l'étranger :

La présente grille de garantie s'applique aux seuls soins réalisés et frais engagés sur le territoire français.

Les soins réalisés et les frais engagés à l'étranger font l'objet d'une exclusion de garantie, sauf en cas de prise en charge par l'assurance maladie française ; dans ce cas, la mutuelle viendra en complément de la prise en charge de la sécurité sociale en appliquant les pourcentages et bases de remboursements français, plafonnés aux frais réellement engagés.

Dans le cas d'une prise en charge par l'assurance maladie française ne s'appliquant qu'à une partie des frais engagés à l'étranger, aucune prestation ne sera versée par la mutuelle pour les autres frais.