

FOURNIER APERF Retraités - OPTIMUM

Collège : Retraités (Hors Loi Evin)

AMO
en % BR

Mutuelle

AMO + Mutuelle

HOSPITALISATION (1)

SECTEUR CONVENTIONNE

Frais de séjour	80%	TM + 75 % BR	175 % BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	TM + 300 % BR	400 % BR
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	TM + 100 % BR	200 % BR
Chambre particulière avec nuitée (chir. méd. mater.) (1a) - Par jour - limité à 30 jours/an	Néant	70,00 €	70,00 €
Chambre particulière en ambulatoire (chir. méd. mater.) - Par jour - limité à 30 jours/an	Néant	70,00 €	70,00 €
Chambre particulière en suite de soins (1a) - Par jour - limité à 30 jours/an	Néant	70,00 €	70,00 €
(Établissements spécialisés de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence)			
Chambre particulière en Psychiatrie (1a) - Par jour - limité à 30 jours/an	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 Monture	60%	100% PLV - Rbt AMO	100% PLV
Forfait par Verre	60%	100% PLV - Rbt AMO	100% PLV
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (monture + verres) (Le rbt AMO est inclus au forfait)			
Forfait Monture	60%	100,00 €	100,00 €
Forfait par Verre unifocal faible et moyenne correction	60%	160,00 €	160,00 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	60%	300,00 €	300,00 €
Forfait par Verre multifocal ou progressif faible correction	60%	300,00 €	300,00 €
Forfait par Verre multifocal ou progressif forte correction	60%	350,00 €	350,00 €

SUPPLEMENTS OPTIQUES

CLASSE A

Adaptation de la correction visuelle, appairage de verre d'indice de réfraction différent, verre avec filtre	60%	100% PLV - Rbt AMO	100 % PLV
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséconique)	60%	TM	100 % BR

CLASSE B

Appairage de verre d'indice de réfraction différent	Néant	Néant	Néant
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséconique)	60%	TM	100 % BR

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	Néant ou 60%	(Néant ou TM) + 200 €	(Néant ou 100% BR) +	200,00 €
--	--------------	-----------------------	----------------------	----------

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	200 % BR
Inlays-onlays	60%	TM + 150 % BR	250 % BR

AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES

Prothèses non remboursées par l'AMO - Crédit annuel	Néant	700,00 €	700,00 €
Implantologie non remboursée par l'AMO (implant + pilier) - Crédit annuel limité à 2 implants / an	Néant	700 € /implant	700 € /implant

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 + 300,00 €	100% BR + 300,00 €
Adulte - une fois tous les 4 ans par oreille	60%	TM + 800,00 €	100% BR + 800,00 €

Piles et accessoires

Piles et accessoires	60%	TM	100 % BR
----------------------	-----	----	----------

SOINS COURANTS

Consultations - visites Généralistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 300 % BR	400 % BR
Consultations - visites Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR	200 % BR
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 300 % BR	400 % BR
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR	200 % BR
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 300 % BR	400 % BR
Actes de spécialité - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR	200 % BR
Imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 300 % BR	400 % BR
Imagerie médicale - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR	200 % BR
Télésurveillance médicale	Rbt AMO	TM	100 % BR
Honoraires paramédicaux	60%	TM + 20 % BR	120 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60%	TM + 20 % BR	120 % BR
Transport	55%	TM + 25 % BR	125 % BR
Médicaments remboursés par l'AMO	15%-20%-65%	TM	100 % BR
Appareillages - Dispositifs médicaux - Orthopédie - Crédit annuel	60%-65%-100%	(100%BR - Rbt AMO) + 500 €	100% BR + 500,00 €

CURES THERMALES

Cure thermale 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 thermale par l'AMO)	Néant ou 65%	(Néant ou TM) + 200 €	(Néant ou 100% BR) + 200,00 €
--	--------------	-----------------------	-------------------------------

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, Mikrokinésithérapeute, Réflexologue, Sophrologue, Médecine Traditionnelle Chinoise, Hypnose Ericksonienne (praticiens ayant obtenu un diplôme et ayant un N° RPPS ou ADELI ou FINESS ou SIREN)	Néant	35,00 € / séance (limité à 5 séances/ an)	35,00 € / séance (limité à 5 séances/ an)

Densitométrie osseuse

Densitométrie osseuse	Néant	23,00 €	23,00 €
-----------------------	-------	---------	---------

PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

Participation aux frais obsèques NON LIMITATIF à 70 ANS (*)	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 globale de la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours / an / bénéficiaire. La chambre particulière est prise en charge en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence) dans la limite de 30 jours par an 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^{er} janvier 2021 et tient compte des 4 dernières années antérieures.

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutualité 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 et ses évolutions réglementaires relativement 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 en application du dispositif du contrat responsable : 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 2 € à compter du 15 mai 2024 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° 2024-114 du 16 février 2024 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une prise en charge par la Mutualité.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRES MAITRISEES (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRES MAITRISEES CHIRURGIE & OBSTÉTRIQUE (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 TARIFAIRES MAITRISEES (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRES MAITRISEES CHIRURGIE & OBSTÉTRIQUE (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.

Nos tarifs 2026

Cotisation mensuelle	Premium	Medium	Optimum
Adulte	99,73 €	133,42 €	184,46 €
Enfant	28,66 €	38,29 €	50,43 €

Contactez-nous

Réalisez votre bilan personnalisé avec un conseiller :



Par téléphone : **09 69 39 96 96**



Par e-mail : **mutuelles-de-france@mutuelles-entis.fr**



En agence de proximité : **mutuelledefranceunie.fr/agences.php**

En savoir +

