

FOURNIER APERF Retraités - MEDIUM

Collège : Retraités (Hors Loi Evin)

	AMO en % BR	Mutuelle	AMO + Mutuelle
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 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%	80,00 €	80,00 €
Forfait par Verre unifocal faible et moyenne correction	60%	110,00 €	110,00 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	60%	145,00 €	145,00 €
Forfait par Verre multifocal ou progressif faible correction	60%	220,00 €	220,00 €
Forfait par Verre multifocal ou progressif forte correction	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 Généralistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR	200 % BR
Consultations - visites Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 80 % BR	180 % BR
Consultations - visites Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	TM + 100 % BR	200 % BR
Consultations - visites Spécialistes - 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 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) + 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, Pédiacre-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)
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 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^{er} 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.

Exemples de Remboursements¹

Contrat d'assurance santé responsable²

	MEDIUM	FOURNIER APERF Retraités				
	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de Remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	
Hospitalisation (secteur conventionné)						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	60,00 €	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	0,00 €	
Séjours avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont refacturés séparément dans le secteur privé						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0,00 €	
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €	
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €	
Séjours sans acte lourd						
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	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €	
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire	
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €	
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire	
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €	
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €	
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat	
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	24,50 €	17,15 €	26,95 €	19,90 €	
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65,00 €	24,50 €	16,15 €	26,95 €	21,90 €	
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €	

Dentaire						
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €	
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	348,00 €	134,00 €	
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex : traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	- €	504,50 €	
Optique						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0,00 €	
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €	
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €	
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat	
Ex : Verres simples et monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	293,91 €	62,00 €	
Ex : Verres progressifs et monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	519,91 €	100,00 €	
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	
Forfait annuel	200,00 €	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	155,00 €	45,00 €	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat	
Ex opération correctrice de la myopie	1 000,00 €	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	1 000,00 €	
Aides auditives						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV) B	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	0,00 €	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	760,00 €	565,00 €	

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.

4 : Prix limite de vente

PMSS 2024 : 3 864 €

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)