



Mutualia santé CFR

Envie d'une complémentaire
santé proche des seniors ?

OFFRE EXCEPTIONNELLE
AUCUNE
AUGMENTATION
DE TARIFS
LIÉE À L'ÂGE

UNE MUTUELLE SANTÉ RÉSERVÉE AUX RETRAITÉS, MEMBRES DE LA CFR !

Mutualia, en partenariat avec la Confédération Française des Retraités, a élaboré une complémentaire santé qui s'adapte à vos besoins et à votre budget, conforme aux critères des contrats responsables et du 100% Santé.



LES FORMULES

Mutualia et la CFR vous proposent une complémentaire santé qui permet de faire face à la fin des avantages des contrats collectifs proposés par les entreprises. Ce partenariat a pour fondement le partage de valeurs communes telles que la solidarité et la proximité qui sont la base du mutualisme. Bénéficiez d'une complémentaire santé de qualité : c'est l'objectif poursuivi par cette collaboration exclusive.

Négociée par vos représentants nationaux, cette offre vous propose 4 formules simples, qui vous protègent efficacement :

- NIVEAU 1 :** **essentielle**, cette garantie rembourse vos frais au ticket modérateur pour répondre aux petits besoins de santé
- NIVEAU 2 :** **complète**, cette offre prend mieux en charge les dépassements d'honoraires
- NIVEAU 3 :** **optimale**, cette troisième possibilité vous offre des remboursements plus élevés pour couvrir au mieux vos dépenses de santé
- NIVEAU 4 :** **excellence**, cette dernière garantie renforcée apporte une amélioration des remboursements sur les postes les plus coûteux comme l'optique et le dentaire, mais aussi pour l'hospitalisation et les médicaments.

LES OPTIONS

Complétez votre formule avec l'un des **Forfaits Bien-être et Prévention**. 2 options pour prendre en charge les dépenses supplémentaires peu ou pas remboursées par le régime obligatoire.

Forfait 1

Forfait⁽¹⁾ de **120€/an/bénéficiaire**

- Substituts nicotiniques / sevrage tabagique prescrits
- Vaccins prescrits
- Homéopathie et pharmacie prescrites
- Traitement préventif paludisme prescrit
- Pédicure / podologue (2)
- Visite annuelle du sport + test d'effort
- Assistance médicale à la procréation
- Contraception prescrite
- Psychologue libéral
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien (3)
- Appareillage médical prescrit (achat ou location)

Forfait 2

Forfait⁽¹⁾ de **150€/an/bénéficiaire**

Prestations du **Forfait 1** avec en complément :

- Fournitures et entretien appareillage auditif
- Forfait d'accompagnement à l'hôpital du bénéficiaire du plus de 60 ans
- Frais de déplacement et d'hébergement en cure thermale
- Forfait basse vision
- Fournitures incontinence
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie

(1) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations dans la limite du montant indiqué et si elles sont non prises en charge par le RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINES5. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

(2) Prestation remboursée si non prise en charge par le RO. La prestation pédicure/podologue du forfait Bien-être est cumulable avec le remboursement présent dans la formule de base

(3) Acupuncture : exercée par un médecin une sage femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

MUTUALIA SANTÉ CFR C'EST AUSSI...

- **Des tarifs négociés** pour vous et vos proches (tarifs bénéficiaires sur demande auprès de votre conseiller).
- **Un accès au réseau de soin optique Carte Blanche** pour des verres de qualité à prix négociés.
- **Un service de téléconsultation.**
- **Un espace adhérent en ligne et une application :** Suivi des remboursements, gestion des données personnelles et vos avantages
- **Près de 160 agences partout en France** et un **Service de relation adhérent téléphonique** disponible du lundi au vendredi pour répondre à toutes vos questions !
- **Mapatho + :** une plateforme spécialisée dans le partage de ressources, de recommandations et de prévention pour les maladies chroniques et de longue durée.
- **Mutualia Assistance :** Pour vous, vos proches ou vos enfants, Mutualia a conçu différentes aides adaptées à chaque situation au 05 49 16 37 55 (24h/24 et 7j/7).

MUTUALIA SANTÉ CFR

Tarification TTC 2026*

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	FORFAIT BIEN-ÊTRE 1	FORFAIT BIEN-ÊTRE 2
Régime Général	92,60 €	105,93 €	117,22 €	152,07 €	9,31 €	12,45 €
Régime Alsace-Moselle	42,60 €	49,79 €	56,27 €	91,25 €	9,31 €	12,45 €

*Tarifs au 1er janvier 2026. Le montant de la cotisation inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) applicable au taux en vigueur à l'échéance de votre contrat, et dépend de la nature de celui-ci ainsi que du type de garanties couvertes. Cette taxe, acquittée par votre mutuelle, est intégrée dans le montant total de votre cotisation.

Informations sur le calcul des ratios prestations sur cotisations et des frais de gestion en vigueur sur l'année en cours :

Le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par la Mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties au titre de l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance.

Prestations sur cotisations MAS : 79,08 %

Prestations sur cotisations MTS : 74,57 %

Prestations sur cotisations MGO : 78,07 %

Le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion de la Mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations hors taxes afférentes, ainsi que la composition de ces frais de gestion.

Frais de gestion MAS : 21,14 %

Frais de gestion MTS : 19,87 %

Frais de gestion MGO : 19,55 %

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à la Mutuelle dans le respect des garanties contractuelles.



Contactez votre conseiller Mutualia le plus proche :
Rendez-vous sur www.mutualia.fr

Chez Mutualia, nos garanties s'adaptent à vos besoins



SOINS COURANTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques				
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	100 %	150 %	150 %	200 %
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	100 %	130 %	130 %	180 %
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	150 %	150 %	200 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100 %	130 %	130 %	180 %
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100 %	100 %	100 %	100 %
Séances de psychologues prises en charge par le RO (1)	100 %	100 %	100 %	100 %
Pédicure / podologue non PEC RO (2)	30 €/an	50 € / an	50 € / an	70 € / an
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments				
- Médicaments pris en charge par le RO hors Service Médical Rendu Faible	100 %	100 %	100 %	100 %
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur amel.fr)	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100 %	150 %	150 %	200 %
Transports pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	200 %
HOSPITALISATION				
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	100 %	150 %	150 %	250 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-ACO	100 %	130 %	130 %	200 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	200 %
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (4)	-	20€ / nuit	30 € / nuit	70 € / nuit
OPTIQUE (5)				
Equipements 100% santé (6)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)				
- Verres simples + monture	50 €	120 € (dont 100 € monture)	200 € (dont 100 € monture)	300 € (dont 100 € monture)
- Verres complexes + monture	200 € (dont 100 € monture)	200 € (dont 100 € monture)	300 € (dont 100 € monture)	400 € (dont 100 € monture)
- Verres très complexes + monture	200 € (dont 100 € monture)	200 € (dont 100 € monture)	300 € (dont 100 € monture)	400 € (dont 100 € monture)
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	125 € (dont 100 € monture)	160 € (dont 100 € monture)	250 € (dont 100 € monture)	350 € (dont 100 € monture)
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	125 € (dont 100 € monture)	160 € (dont 100 € monture)	250 € (dont 100 € monture)	350 € (dont 100 € monture)
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	200 € (dont 100 € monture)	200 € (dont 100 € monture)	300 € (dont 100 € monture)	400 € (dont 100 € monture)
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (7)	100 %	100 % + 120 € / an	100 % + 200 € / an	100 % + 300 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (8)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE				
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	100 %	100 %	100 %	200 %
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)				
- Prothèses prises en charge par le RO	100 %	150 %	200 %	300 %
- Inlays / Onlays pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	200 %
Orthodontie prise en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Implantologie (9)	-	150 € / implant	250 € / implant	300 € / implant
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100% santé (10)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	100 %	100 % + 300 € / appareil	100 % + 450 € / appareil	100 % + 450 € / appareil
CURES THERMALES PRISE EN CHARGE PAR LE RO (11)				
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	65% à 70%	65% à 70%	90 %
Transport et hébergement pris en charge par le RO ou non	0% à 55%	0% à 55%	0% à 55%	300 € / an
PRÉVENTION				
Actes de prévention pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage préventif				
- Ostéodensitométrie	100 %	100 % + 50 € / an	100 % + 50 € / an	100 % + 50 € / an
BIEN-ÊTRE				
Forfaits bien-être et prévention	optionnels	optionnels	optionnels	optionnels
ASSISTANCE ET SERVICES				
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins optique	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui	Oui
Etude et conseil sur devis en dentaire, optique et audioprothèses	Oui	Oui	Oui	Oui
Aide au retour à domicile après hospitalisation	Oui, selon conditions assistance	Oui, selon conditions assistance	Oui, selon conditions assistance	Oui, selon conditions assistance

BR: Base de Remboursement; **BRR**: Base de Remboursement Reconstituée; **CCAM**: Classification Commune des Actes Médicaux; **DR**: Dépense Réelle; **FR**: Frais Réels; **MR**: Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; **NGAP**: Nomenclature Générale des Actes Professionnels; **OPTAM**: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; **OPTAM-ACO**: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; **PEC RO**: Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **NON PEC RO**: Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **PMSS**: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; **RO**: Régime Obligatoire; **RSS**: Remboursement Sécurité Sociale; **SMR**: Service Médical Rendu; **TA**: Tarif d'Autorité; **TM**: Ticket Modérateur; **AM**: Alsace Moselle; **HAM**: Hors Alsace Moselle. Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les remboursements équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance Maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. En cas de modification de la PEC RO, la prise en charge de la mutuelle compensera automatiquement ce déremboursement. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Souffrir Psy»
(2) Forfait à utiliser dans la limite du montant du forfait indiqué, si les prestations, sont non PEC RO. Le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS.
(3) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
(4) Remboursement limité à 30 jours par an.
(5) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation : d'une prescription, d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.
(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.
(7) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.
(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
(9) Les Prestations doivent être inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. Il peut y avoir de rares cas où les codes actes CCAM ne sont pas transmis par le praticien. La Mutuelle les prend quand même en charge sous condition de voir le code de regroupement IMP.
(10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
(11) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO.

