



**UFAL - BASE**

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.

 <p align="center"><b>PRESTATIONS 2021</b></p>	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux :</b>		
Consultations - visites : généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR
Consultations - visites : généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR
Forfait pour les actes dits "lourds"	-	Frais réels
<b>Honoraires paramédicaux :</b>		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.....)	60 % BR	100% BR
<b>Analyses et examens de laboratoires :</b>		
Analyses médicales remboursées	60 % BR	100% BR
Analyses médicales non remboursées par le RO	-	-
<b>Imageries médicales</b>		
Imageries médicales signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR
Imageries médicales non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR
<b>Matériel Médical</b>		
Appareillages remboursés par le RO	60 % BR	100% BR + 110€
<b>Transports, ambulances</b>		
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	65% BR	100% BR
<b>Pharmacie</b>		
Service médical rendu (SMR) important (vignette blanche)	65% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) modéré (vignette bleue)	30% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) faible (vignette orange)	15% BR	100% BR
Moyens de contraception non remboursés par le RO	-	25 €
Vaccin anti-grippal	-	Frais réels
<b>HOSPITALISATION</b>		
Frais de séjour	80 % BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie (2)	-	Frais réels
Chambre particulière (3)	-	65€ /jour
Chambre particulière (4), limitée à 30 jours par an.	-	30€ /jour
Frais d'accompagnement enfant de moins de 14 ans	-	40€ /jour
Forfait pour les actes dits "lourds"	-	Frais réels
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et prothèses 100% santé***	70% BR	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation
Soins et prothèses - Panier maîtrisé** (dans la limite des honoraires limites de facturation)	70% BR	242% BR
<b>Dentaire - prothèses panier libre</b>		
Soins, actes chirurgicaux dentaires, inlays-onlays, parodontologie remboursés par le RO	70 % BR	100% BR
Prothèses dentaires, inlay-core remboursés par le RO	70 % BR	210% BR
Prothèses, actes dentaires non remboursés par le R.O	-	110€ /an
Parodontologie dentaire non remboursée par le R.O	-	300€ /an
Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% BR	270 % BR
Orthodontie non remboursée par le R.O	-	83€ /an
<b>OPTIQUE</b>		
Equipements 100% santé (classe A) **(6)	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)
Suppléments et prestations optiques (Classe A) (6)	60% BR	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)

 <b>PRESTATIONS 2021</b>	<b>REGIME OBLIGATOIRE</b>	<b>REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE</b>
<b>Equipement Classe B et autres prestations optiques</b>		
Monture (6)	60% BR	70,00 €
Verres simples (a)(6)	60% BR	70 € /verre
Verres complexes (c)(6)	60% BR	120 € /verre
Verres très complexes (f) (6) (7)	60% BR	170 € /verre
Lentilles remboursées par le R.O	60% BR	100% BR + 150€ /an
Lentilles non remboursées par le R.O ou jetables	-	150€ /an
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR
Chirurgie réfractive (par œil)	-	100€ /œil
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
Equipement 100% santé classe I tous les 4 ans	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente
Equipement classe II dans la limite de 1700 € par oreille (RO inclus) tous les 4 ans	60 % BR	155 €/ prothèse + 100% BR
Consommables, piles ou accessoires remboursés par le RO	60 % BR	100% BR
<b>CURE THERMALE</b>		
Soins thermaux remboursés par le R.O	65% BR	100% BR
Forfait Hébergement et Transport	0% ou 65% ou 70%	0% ou 65% ou 70% + 140 €
<b>MEDECINES DOUCES</b>		
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, microkinésithérapeute, Podologue, Psychomotricien, homéopathe, psychologue, sophrologue, Sexologue, réflexologue	-	60€ /an
<b>PREVENTION (8)</b>		
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale sont pris en charge	65 % ou 70 % BR	100% BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival en deux séances maxi	70 % 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	70 % BR	100% BR + 60 €/an
Ostéodensitométrie non remboursable par le RO	-	60 €/an
<b>PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES</b>		
Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne (9)	-	Oui
Allocation natalité ou adoption (5) par enfant	-	80 €

R.O : Régime obligatoire BR : Base de remboursement régime obligatoire. Les remboursements sont effectués sur la base du régime obligatoire.

Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaires.

(1) OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) ou OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique)

(2) 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.

(3) Hospitalisation en court séjour en chirurgie, médecine, obstétrique, chirurgie ambulatoire

(4) hospitalisation en moyens séjours spécialisés (repos, ré-adaptation, psychiatrie) et maisons d'accueils spécialisés

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

(6) 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 personnes présentant un déficit de vision de près et de loin, possibilité de prise en charge des 2 équipements sur la période de 2 ans corrigeant chacun des déficits. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements pris séparément. 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).

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.

(7) sauf les mineurs

(8) Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale sont pris en charge

(9) Garantie Assistance assurée par l'organisme Garantie Assistance immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 312 517 493 et diffusée par Cogemut au RCS de Créteil sous le numéro 408 184 208 n° de téléphone : 01 53 99 13 80

\*\* tels que définis réglementairement,

\*\*\* panier sans reste à charge défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires prévus à cet effet.

### Exemple de remboursement UFAL FAC - BASE

(Ces exemples ont vocation à être renseignés par chaque OCAM au regard des contrats proposés, conformément aux principes de l'engagement et à la note méthodique)  
 Pour s'appliquer à la situation la plus courante, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
<b>Hospitalisation</b>						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Tarif réglementaire
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	24,00 €	83,30 €	Taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire : 100%	Prix moyen national de l'acte Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	24,00 €	159,30 €	Taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire : 100%	Prix moyen national de l'acte Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
<b>Optique : Remboursement Classe B</b>						
Equipement optique : monture + 2 verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	209,91 €	135,00 €	-	Prix moyen national
Equipement optique : monture + 2 verres multifocaux (verres complexes)	620,00 €	0,09 €	309,91 €	310,00 €	-	Prix moyen national
<b>Dentaire</b>						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	-	Tarif conventionnel
Couronne Céramo-métallique sur molaire	538,70 €	75,25 €	150,50 €	312,95 €	-	Prix moyen national de l'acte
Couronne Céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	-	Honoraire limite de facturation
Orthodontie (par semestre)	690,00 €	193,50 €	328,95 €	167,55 €	Nous avons ici pris le traitement d'orthodontie remboursé à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire	-
<b>Aides auditives</b>						
Aides auditives classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	315,00 €	921,00 €	BR = 400€	Prix moyen national de l'acte
<b>Soins courants</b>						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	le reste à charge correspond à la participation forfaitaire	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	le reste à charge correspond à la participation forfaitaire	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	7,50 €	20,00 €	le reste à charge inclut la participation forfaitaire d'un euro	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €	le reste à charge inclut la participation forfaitaire d'un euro	Prix moyen national de l'acte
Auxiliaires Médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, .....)	16,13 €	9,18 €	6,45 €	0,50 €	Une franchise médicale de 50 centimes est retenue par l'Assurance Maladie et n'est pas remboursable par la Mutuelle	Prix moyen national de l'acte