

GRILLE TARIFAIRE 2017
Contrat Collectif UFNAFAAM
Mutuelle Frais de santé

		Votre cotisation au 01/01/2017
FORMULE 1	ADULTE	85,27 €
	ADULTE + 1 ENFANT	140,19 €
	ADULTE + 2 ENFANTS OU +	194,18 €
	COUPLE	167,63 €
	FAMILLE	213,54 €
FORMULE 2	ADULTE	105,27 €
	ADULTE + 1 ENFANT	175,22 €
	ADULTE + 2 ENFANTS OU +	243,32 €
	COUPLE	206,99 €
	FAMILLE	270,39 €

FORMULE 1	
GARANTIES AU 01/01/2017	
HOSPITALISATION MEDICALE & CHIRURGICALE	
Remboursements sécurité sociale inclus	
Forfait Hospitalier secteur conventionné	100 % Frais Réels (sans limitation)
Honoraires hospitalisation médecins adhérents au CAS	150% BR
Honoraires hospitalisation médecins non adhérents au CAS	130% BR
Frais de Séjour secteur conventionné	100 % des Frais réels
Chambre Particulière secteur conventionné y compris Maternité	50 € par jour (60 jours par an)
Frais d'hospitalisation secteur non-conventionné	90 % FR (Max 3 000 €)
Frais d'Accompagnement enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans	35 € par nuit (Illimité pour les enfants)
Transport ambulance accepté SS	150% BR
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX	
Consultations, visites médecins adhérents au CAS	150% BR
Consultations, visites médecins non adhérents Non CAS	130% BR
Actes de Spécialistes (dont radiologies) médecins adhérents au CAS	150% BR
Actes de Spécialistes (dont radiologies) non adhérents au CAS	130% BR
Analyses et examens de laboratoire	250% BR
Auxiliaires médicaux	250% BR
PHARMACIE	
Médicaments et préparations magistrales à 15 %, 35 % ou 65 % SS	100% TM
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives acceptées ou refusées	305 €/prothèse (2/an)
Autres dispositifs médicaux et appareillages	150% BR
Fauteuil roulant	400 €
DENTAIRE	
	Plafonds annuels
	Plafonds par an/bénéficiaire hors orthodontie : 3000€ Au-delà, prise en charge à hauteur du TM+25%BR pour les prothèses acceptées
Actes dentaires	150% BR
Détartrage annuel	100 % des Frais réels
Prothèses remboursées SS	300% BR
Prothèses non prises en charge par la SS	323 €
Orthodontie acceptée ou refusée SS	300% BR (580,50 €)
Implant dentaire non pris en charge SS (2/an - demande préalable de prise en charge à la mutuelle)	110 €
Parodontologie non prise en charge par la SS	10% PMSS/an/bénéficiaire (317€)
OPTIQUE	
Monture + Verres + Lentilles acceptées, refusées SS	
Verres réseau SANTECLAIR	Frais réels Pack 2
Verres hors réseau	De 30 à 230€ par verre
Monture adulte	100 €
Monture enfant	50 €
Limite de consommation verres+monture	1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (sauf changement de dioptrie) et 1 équipement par an pour les moins de 18 ans
Lentilles acceptées ou refusées SS	75€/anAu-delà du plafond TM pour les lentilles acceptées
Opération laser de la myopie (plafond par an)	250 € (2/an) *Chirurgie réfractive pour adultes moins de 40 ans
CURE acceptée SS (sur la base d'une cure de 21 jours)	210 €
ALLOCATION	
Naissance ou adoption (enfant < 10 ans)	150 €
Obsèques	310 €
PREVENTION	
Tous vaccins (y compris traitements anti-paludéins), Prescrits ou non	80 €
Pilules contraceptives	60 €
Substituts nicotiniques remboursés SS	50 €
Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie, Acupuncture Médicale	30 € (6 séances)
Ostéodensitométrie acceptée SS	150% BR
ASSISTANCE	24 H / 24

Document non contractuel

Légende : PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3170€ en 2015) - CAS: Contrat d'accès aux soins - BR: Base de remboursement Sécurité Sociale

FR: Frais Réels

TM: Ticket Modérateur

FORMULE 2	
GARANTIES AU 01/01/2017	
Remboursements sécurité sociale inclus	
HOSPITALISATION MEDICALE & CHIRURGICALE	
Forfait Hospitalier secteur conventionné	100 % Frais Réels (sans limitation)
Honoraires hospitalisation médecins adhérents au CAS	250% BR
Honoraires hospitalisation médecins non adhérents au CAS	200% BR
Frais de Séjour secteur conventionné	100 % des Frais réels
Chambre Particulière secteur conventionné y compris Maternité	60 € par jour (60 jours par an)
Frais d'hospitalisation secteur non-conventionné	90 % FR (Max 3 500 €)
Frais d'Accompagnement enfant < à 16 ans ; adulte > 75 ans	45 € par nuit (Illimité pour les enfants)
Transport ambulance accepté SS	250% BR
MEDECINE ET SOINS MEDICAUX	
Consultations, visites	250%BR
Consultations, visites médecins non adhérents au CAS	200% BR
Actes de Spécialistes (dont radiologies)	250% BR
Actes de Spécialistes (dont radiologies) médecins non adhérents au CAS	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	250% BR
Auxiliaires médicaux	250% BR
PHARMACIE	
Médicaments et préparations magistrales à 15 %, 35 % ou 65 % SS	100% TM
APPAREILLAGE	
Prothèses auditives acceptées ou refusées	450 €/prothèse (2/an)
Autres dispositifs médicaux et appareillages	250% BR
Fauteuil roulant	400 €
DENTAIRE	
	Plafonds annuels
	Plafonds par an/bénéficiaire hors orthodontie : 3500€ Au-delà, prise en charge à hauteur du TM+25% BR pour les prothèses acceptées
Actes dentaires	300% BR
Détartrage annuel	100 % des Frais réels
Prothèses remboursées SS	400% BR
Prothèses non prises en charge par la SS	430 €
Orthodontie acceptée ou refusée SS	400% BR (774 €)
Implant dentaire non pris en charge par la SS (2/an - demande préalable de prise en charge à la mutuelle)	110 €
Parodontologie non prise en charge par la SS	10%PMSS /an/bénéficiaire (317€)
OPTIQUE	
Monture + Verres + Lentilles acceptées, refusées SS	Frais réels Pack 3
Verres réseau SANTECLAIR	De 45 à 280€ par verre
Verres hors réseau	
Monture adulte	150 €
Monture enfant	80 €
Limite de consommation verres+monture	1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (sauf changement de dioptrie) et 1 équipement par an pour les moins de 18 ans
Lentilles acceptées ou refusées SS	100€/an Au-delà du plafond TM pour les lentilles acceptées
Opération laser de la myopie (plafond par an)	300 € (2/an)*Chirurgie réfractive pour adultes moins de 40 ans
CURE acceptée SS (sur la base d'une cure de 21 jours)	300 €
ALLOCATION	
Naissance ou adoption (enfant < 10 ans)	200 €
Obsèques	450 €
PREVENTION	
Tous vaccins (y compris traitements anti-paludéins), Prescrits ou non	120 €
Pilules contraceptives	100 €
Substituts nicotiniques remboursés SS	80 €
Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie, Acupuncture Médicale	40 € (6 séances)
Ostéodensitométrie acceptée SS	250% BR
ASSISTANCE	
	24 H / 24

Document non contractuel
Légende : PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3170€ en 2015) - CAS: Contrat d'accès aux soins - BR: Base de remboursement Sécurité Sociale

FR: Frais Réels

TM: Ticket Modérateur

Grille optique - Pack 2

GARANTIES OPTIQUES EN VIGUEUR AU 1er JANVIER 2017

Prestations venant en complément de celles versées par la Sécurité sociale, et dans la limite des frais engagés.

Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable dans la majorité des cas. Pour les quelques exceptions qui pourraient survenir, un blocage informatique est mis en place afin de limiter la prise en charge aux dits plafond

		CLASSE	Dans le réseau Santéclair * : 100% des Frais Réels sur la base d'un équipement prédéfini	Prestations par verre hors réseau Santéclair*	
A D U L T E S	Verre unifocal ou mi- distance	101	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	35 €	
		102	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	75 €	
		103		100 €	
		104	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	160 €	
	Verre multifocal	111	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	130 €	
		112	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	170 €	
		113		200 €	
		114	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	230 €	
	Monture		100 €		
	E N F A N T S	Verre unifocal ou multifocal avec pré calibrage	201	100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	30 €
202			100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	75 €	
203			100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	90 €	
204			100% des Frais réels sur les verres sélectionnés	110 €	
Monture		50 €			

Lentilles ①	75 €
Chirurgie réfractive ②	250 €

* Dans la limite des plafonds prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles

① forfait annuel pour les lentilles acceptées ou non, les jetables et les produits d'entretien. Au-delà du plafond, TM pour les lentilles acceptées

② par œil, pour la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme chez les adultes de moins de 40 ans

Limite de consommation :

1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (ramené à 1 an en cas de changement de défaut de vision) et 1 équipement par an pour les enfants

Liste des partenaires Santéclair disponible, N° AZUR : 0810.000.047

Grille optique - Pack 3

GARANTIES OPTIQUES EN VIGUEUR AU 1er JANVIER 2017

Prestations venant en complément de celles versées par la Sécurité sociale, et dans la limite des frais engagés.

Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable dans la majorité des cas. Pour les quelques exceptions qui pourraient survenir, un blocage informatique est mis en place afin de limiter la prise en charge aux dits plafond

		CLASSE	Dans le réseau Santéclair * : 100% des Frais Réels sur la base d'un équipement prédéfini	Prestations par verre hors réseau Santéclair*	
A D U L T E S	Verre unifocal ou mi- distance avec pré calibrage	101	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	60 €	
		102	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	85 €	
		103	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	110 €	
		104		190 €	
	Verre multifocal avec pré calibrage	111	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	150 €	
		112	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	190 €	
		113		230 €	
		114	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	280 €	
	Monture		150 €		
	E N F A N T S	Verre unifocal ou multifocal avec pré calibrage	201	100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	45 €
202			100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	75 €	
203			100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	90 €	
204			100% des Frais Réels sur les verres sélectionnés	120 €	
Monture		80 €			

Lentilles ①	100 €
Chirurgie réfractive ②	300 €

* Dans la limite des plafonds prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles

① forfait annuel pour les lentilles acceptées ou non, les jetables et les produits d'entretien. Au-delà du plafond, TM pour les lentilles acceptées

② par œil, pour la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme chez les adultes de moins de 40 ans

Limite de consommation :

1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (ramené à 1 an en cas de changement de défaut de vision) et 1 équipement par an pour les enfants

Liste des partenaires Santéclair disponible, N° AZUR : 0810.000.047