

LA COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ DES HOSPITALIERS

uniPH

ACTEURS
ENGAGÉS
POUR NOTRE
SANTÉ

GUIDE SANTÉ

Garanties

Services & Démarches

Contacts

SOLIDARITÉ RESPONSABLE

Parce que seul un acteur engagé peut déterminer avec soin vos besoins, nous avons choisi de nous adapter à vous et à votre budget en faisant progresser la qualité de l'offre et des services. Avec vous, UNIPH prend en compte chacune de nos attentes.

Docteur Bernard Estenne
Président d'UNIPH

- P. 04
TABLEAU DES GARANTIES
- P. 10
LES GRILLES OPTI DES FORMULES
- P. 12
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS
- P. 68
VOS GARANTIES ET LEUR
CONDITIONS D'APPLICATION
- P. 83
NOS SERVICES
- P. 94
VOS DÉMARCHES
- P. 100
NOUS CONTACTER
- P. 101
INFORMATIONS GÉNÉRALES

À CHACUN SA GARANTIE

VOUS AVEZ ENTRE 17 ET 27 ANS ?



Privilégiez la Garantie
Unigo

les
+

- Les médicaments remboursés à 100% (si intervention de la Sécurité sociale)
- 0 € de reste à charge sur vos verres dans le réseau Itelis
- Un forfait de 90 € pour vos frais de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale

VOUS RECHERCHEZ UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ QUI VA À L'ESSENTIEL ?



Optez pour la Garantie
Essentielle

les
+

- Le remboursement à 100% pour tous vos frais de santé sans dépassement d'honoraires.
- Les médicaments remboursés en totalité (si intervention de la Sécurité Sociale).
- Un forfait de 300 € pour la prévention.

LES FRAIS D'HOSPITALISATION VOUS PRÉOCCUPENT ?



Choisissez la Garantie
Équilibre

les
+

- 50 € par jour pris en charge pour votre chambre particulière en cas d'hospitalisation.
- Jusqu'à 75 € remboursés pour vos soins de médecine douce.
- 0 € de reste à charge sur vos verres dans le réseau Itelis.

VOUS ÊTES EXIGEANT SUR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DENTAIRES ET D'OPTIQUE ?



Sélectionnez la Garantie
Tranquillité

les
+

- 0 € de reste à charge sur vos verres dans le réseau Itelis.
- Jusqu'à 532 € remboursés par semestre d'orthodontie.
- Perte de salaire indemnisée jusqu'à 40 € par jour.
- 180 € remboursés sur les lentilles de contact correctives.

VOUS SOUHAITEZ UNE COUVERTURE SANTÉ MAXIMALE ?



Privilégiez la Garantie
Confort

les
+

- 500 € remboursés sur les implants dentaires.
- 0 € de reste à charge sur vos verres dans le réseau Itelis.
- Perte de salaire indemnisée jusqu'à 45 € par jour.
- Jusqu'à 100 € par jour pris en charge pour la chambre particulière.

VOUS AVEZ 55 ANS OU PLUS ?



Sélectionnez les Garanties
Unior

les
+

- Les soins et prothèses dentaires du panier 100% santé intégralement remboursés (tels que définis réglementairement)
- 0 € de reste à charge sur vos verres dans le réseau Itelis
- La téléconsultation médicale et l'assistance inclus

CHACUN NIVEAU DE GARANTIE EST CONFORME AU CONTRAT RESPONSABLE ET INTÈGRE LA RÉFORME 100% SANTÉ. Exemples donnés à titre indicatif, incluant les remboursements du Régime Obligatoire, qui ne sauraient être considérés comme constituant une offre contractuelle.

	Offre Jeune 17 à 27 ans UNIGO	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	TRANQUILLITE	CONFORT	Offre Senior 55 ans et plus UNIOR BASE	Offre Senior 55 ans et plus UNIOR PLUS
HOSPITALISATION							
Frais de séjour	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR	200% BR	100% BR	100% BR
Honoraires							
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR	300% BR	150% BR	200% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	180% BR	180% BR	200% BR	130% BR	180% BR
Forfait journalier hospitalier et Forfait patient urgence	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait sur les actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (par jour)	-	-	50 €	80 €	100 €	50 €	60 €
- en hospitalisation par année civile et par bénéficiaire, dans la limite de	-	-	45 jours	45 jours	45 jours	60 jours	60 jours
- en maternité par année civile et par bénéficiaire, dans la limite de	-	-	3 jours	3 jours	3 jours	-	-
Lit d'accompagnant (par jour)	-	-	16 €	16 €	16 €	16 €	16 €
enfant de moins de 12 ans, dans la limite de	-	-	30 jours	30 jours	30 jours	-	-
sans limite d'âge, dans la limite de	-	-	-	-	-	5 jours	5 jours
SOINS COURANTS							
Médicaments							
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin (par année civile et par bénéficiaire)	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Honoraires médicaux							
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	150% BR	180% BR	220% BR	120% BR	150% BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	180% BR	100% BR	130% BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	120% BR	100% BR	150% BR	180% BR	220% BR	120% BR	150% BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	110% BR	160% BR	200% BR	100% BR	130% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	220% BR	120% BR	150% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	110% BR	130% BR	200% BR	100% BR	130% BR
Imagerie médicale							
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	170% BR	120% BR	150% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR	100% BR	130% BR
Analyses et examens de laboratoire							
pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	170% BR	100% BR	120% BR
Honoraires paramédicaux							
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	170% BR	100% BR	120% BR
Matériel médical							
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale (limite à 2 000 € par année civile et par bénéficiaire, au-delà 100% du TM)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	100% BR	150% BR
Appareillage prescrit non pris en charge par la Sécurité sociale : tensiomètre, loupe basse vision, protections incontinences	-	-	-	-	-	50 €	100 €
Prothèse capillaire prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	-	-	-	50 €	200 €
MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES							
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par bénéficiaire et par année civile NOUVEAU BONUS FIDELITE* à partir de 3 ans d'ancienneté	30 € par acte (1 acte par an) + 10 € par acte	-	25 € par acte (3 actes par an) + 10 € par acte	30€ par acte (3 actes par an) + 10 € par acte	40€ par acte (4 actes par an) + 10 € par acte	25€ par acte (3 actes par an) + 10 € par acte	40€ par acte (3 actes par an) + 10 € par acte
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI ou le n°FINESS du praticien sera demandé.	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Pédicure Podologue	-	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Pédicure Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Pédicure Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Pédicure Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Pédicure Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Homéopathe Pédicure Podologue
* Avantage Fidélité : 10 € supplémentaires remboursés par acte et par bénéficiaire à compter de 3 ans d'ancienneté (à compter de la date d'effet du contrat)	Ostéopathe Ergothérapeute Diététicien Psychomotricien Sophrologue	-	Ostéopathe Ergothérapeute Diététicien Psychomotricien Sophrologue	Ostéopathe Ergothérapeute Diététicien Psychomotricien Sophrologue	Ostéopathe Ergothérapeute Diététicien Psychomotricien Sophrologue	Ostéopathe Ergothérapeute Diététicien Psychomotricien Sophrologue	Ostéopathe Ergothérapeute Diététicien Psychomotricien Sophrologue

	Offre Jeune 17 à 27 ans UNIGO	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	TRANQUILLITE	CONFORT	Offre Senior 55 ans et plus UNIOR BASE	Offre Senior 55 ans et plus UNIOR PLUS
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% Santé *	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Soins (Hors 100% Santé)							
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	170% BR	100% BR	200% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	-	-	-	50 €	150 €
Prothèses (Hors 100% Santé)							
à tarifs limités**	100% BR dans la limite de 100% PLV-MR	110% BR dans la limite de 100% PLV-MR	260% BR dans la limite de 100% PLV-MR	335% BR dans la limite de 100% PLV-MR	430% BR dans la limite de 100% PLV-MR	200% BR dans la limite de 100% PLV-MR	300% BR dans la limite de 100% PLV-MR
à tarifs libres***	100% BR	110% BR	260% BR	335% BR	430% BR	200% BR	300% BR
Pour les prothèses à tarifs limités ou libres, dans la limite de 800 € la 1 ^{ère} année et 1 500 € la 2 ^{ème} année par bénéficiaire. Au-delà, la garantie est réduite à un remboursement maximum de 100% BR y compris Sécurité sociale.							
Orthodontie							
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	175% BR	100% BR	225% BR	275% BR	350% BR	-	-
Acte non pris en charge par l'Assurance Maladie							
Implants dentaires, par année civile et par bénéficiaire	-	-	200 €	275 €	500 €	100 €	700 €
<i>*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).</i>							
<i>**Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).</i>							
<i>***Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.</i>							
OPTIQUE							
Verres et montures							
Equipements 100% Santé*	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Equipements à tarifs libres							
Monture	70 €	100% BR	100 €	100 €	100 €	60 €	100 €
Verres	Itelis - Opti 2	100% BR	Itelis - Opti 3	Itelis - Opti 4	Itelis - Opti 5	Itelis - Opti 2	Itelis - Opti 3
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.							
<i>*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).</i>							
Autres postes optique							
Lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale		100% BR					
Lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	70 €	-	120 €	180 €	220 €	60 €	120 €
La chirurgie réfractive (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser), par œil, par bénéficiaire et par année civile	-	-	310 €	350 €	400 €	-	310 €
AIDES AUDITIVES							
Equipements 100% Santé*	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Equipements à tarifs libres	100% BR dans la limite de 1 700 € par oreille	100% BR dans la limite de 1 700 € par oreille	150% BR dans la limite de 1 700 € par oreille	200% BR dans la limite de 1 700 € par oreille	300% BR dans la limite de 1 700 € par oreille	100% BR dans la limite de 1 700 € par oreille	200% BR dans la limite de 1 700 € par oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	100% BR	200% BR
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.							
<i>*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).</i>							

	Offre Jeune 17 à 27 ans UNIGO	ESSENTIELLE	EQUILIBRE	TRANQUILLITE	CONFORT	Offre Senior 55 ans et plus UNIOR BASE	Offre Senior 55 ans et plus UNIOR PLUS
AUTRES POSTES							
Frais de transport	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	170% BR	100% BR	120% BR
Contraception prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale, bénéficiaire de moins de 31 ans, par année civile et par bénéficiaire	90 €	30 €	40 €	50 €	60 €	-	-
Cures thermales							
prises en charge par l'Assurance Maladie : frais de voyage et hébergement,	-	-	120 € bénéficiaire de moins de 60 ans	240 € bénéficiaire de moins de 60 ans	300 € bénéficiaire de moins de 60 ans	100 € bénéficiaire de moins de 75 ans	250 € bénéficiaire de moins de 75 ans
Naissance ou Adoption plénière	-	-	120 €	240 €	300 €	-	-
Frais d'obsèques, bénéficiaire de moins de 65 ans	-	450 €	750 €	1 125 €	1 500 €	-	-
PRÉVENTION							
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor	300 € par bénéficiaire et par année civile	300 € par bénéficiaire et par année civile	300 € par bénéficiaire et par année civile	300 € par bénéficiaire et par année civile	300 € par bénéficiaire et par année civile	-	-
Formation premiers secours	-	-	-	-	-	-	-
Vaccin contre la grippe prescrit non pris en charge par l'Assurance Maladie	-	-	-	-	-	150 € par bénéficiaire et par année civile	150 € par bénéficiaire et par année civile
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	-	-	-	-	-
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable (voir la liste détaillée)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICES							
Itelis	Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (Voir conditions dans votre contrat) Palmarès des hôpitaux : Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Palmarès des Hôpitaux vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.						
Mon coach santé Angel	Soigner c'est bien, prévenir c'est mieux. Le programme de prévention digitale Mon coach santé Angel vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.						
Téléconsultation médicale	7j/7 de 6h à 00h Service disponible sur angel.fr Voir conditions à la page 89.						
Assistance (voir conditions dans votre contrat)	-	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Protection juridique Juridica (voir conditions sur la notice d'information)	Inclus	-	-	-	-	-	-
INDEMNITÉ JOURNALIÈRE							
La garantie est réservée au souscripteur du contrat de moins de 65 ans salariés des établissements hospitaliers (publics ou privés) dès lors que celui-ci était en activité de service effective à sa date d'adhésion	-	-	37,50 € maximum par jour	40 € maximum par jour	45 € maximum par jour	-	-

POUR MIEUX COMPRENDRE LES GARANTIES

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.
FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.**

Remboursements des verres :

Si vous allez chez un opticien du réseau Itelis :

- vous n'avez pas de reste à charge sur le verre de la sélection ci-dessous, en fonction de votre défaut visuel et de votre niveau de correction,
- vous bénéficiez de tarifs négociés (-40% en moyenne) et de verres de qualité, même si vous choisissez un autre type de verre que celui de la sélection; dans ce cas, vous aurez à votre charge l'éventuelle différence de prix entre le prix du verre choisi et celui du verre ci-dessous.

ITELIS OPTI 2

■ GARANTIES CONCERNÉES : UNIGO et UNIOR BASE

(Remboursements en euros par verre y compris Sécurité sociale)

Correction (cf. détails en annexe)	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS, REMBOURSEMENT INTÉGRAL		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Traitement contre les rayures, antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		50 Euros	131 Euros
Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures, antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		68 Euros	163 Euros
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures, antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		86 Euros	175 Euros
Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		103 Euros	201 Euros
Très élevé			132 Euros	228 Euros

ITELIS OPTI 3

■ GARANTIES CONCERNÉES : EQUILIBRE et UNIOR PLUS

(Remboursements en euros par verre y compris Sécurité sociale)

Correction (cf. détails en annexe)	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS, REMBOURSEMENT INTÉGRAL		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		74 Euros	188 Euros
Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		81 Euros	194 Euros
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		86 Euros	207 Euros
Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		118 Euros	220 Euros
Très élevé			147 Euros	247 Euros

ITELIS OPTI 4

■ GARANTIE CONCERNÉE : TRANQUILLITÉ

Dans le réseau optique Itelis, les caractéristiques des verres ci-dessous sont garanties sur tous les niveaux de correction :

- Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive
- Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture

(Remboursements en euros par verre y compris Sécurité sociale)

Correction (cf. détails en annexe)	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS, REMBOURSEMENT INTÉGRAL		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Verre aminci	Verre aminci	81 Euros	214 Euros
Modéré	Verre aplani	Verres progressifs sur-mesure	86 Euros	226 Euros
Moyen	Verre très aminci	Verre très aminci	94 Euros	239 Euros
Elevé	Verre aplani	Verres progressifs sur-mesure	154 Euros	252 Euros
Très élevé	Verre ultra aminci	Verre ultra aminci	167 Euros	267 Euros
	Verre aplani	Verres progressifs sur-mesure		

ITELIS OPTI 5

■ GARANTIE CONCERNÉE : CONFORT

(Remboursements en euros par verre y compris Sécurité sociale)

Correction (cf. détails en annexe)	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS, REMBOURSEMENT INTÉGRAL		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction		149 Euros	300 Euros
Modéré	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		149 Euros	300 Euros
Moyen	Verre aplani		160 Euros	300 Euros
Elevé	Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée		300 Euros	300 Euros
Très élevé	Teinte photochromique (fonce au soleil)		300 Euros	350 Euros
	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)			

Annexe - Présentation des niveaux de correction

NIVEAU DE CORRECTION	SPHÈRE OU SPHÈRE + CYLINDRE		CYLINDRE
	Sphère	De -2 à +2	
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0

GARANTIE UNIGO

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
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'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	16,75 €	8,80 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	15,75 €	15,20 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	36 €	446 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	145,12 €	359,38 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
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 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	85,97 € par verre + 69,97 € (monture)	114 €
Ex verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	174,97 € par verre + 69,97 € (monture)	200 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	70 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	160 €	1 165 €

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

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/>)

GARANTIE ESSENTIELLE

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
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'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	191,30 €
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87€	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	60 €	415,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
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 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 € (monture)	355,90 €
Ex verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 € (monture)	619,85 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	0 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	160 €	1 165 €

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

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/>)

GARANTIE EQUILIBRE

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	50 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
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'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0 €
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	25,20 €	5,75 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	9,20 €	38,70 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	9,20 €	40,70 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0,36 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	240 €	242 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	241,88 €	262,62 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
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 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	85,97 € par verre + 99,97 € (monture)	84 €
Ex verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	206,97 € par verre + 99,97 € (monture)	106 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	310 € par oeil	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	360 €	965 €

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

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/>)

GARANTIE TRANQUILLITE

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	80 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
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'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	250,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0 €
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37	2 675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	18,40 €	29,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	18,40 €	31,50 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35€	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	330 €	152 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	338,63 €	165,87 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	93,97 € par verre + 99,97 € (monture)	68 €
Ex verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	230,97 € par verre + 99,97 € (monture)	58 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	180 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	350 € par oeil	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	560 €	765 €

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

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/>)

GARANTIE CONFORT

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	100 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	20 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0,36 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	444 €	38 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	20,75 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
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 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	99,97 € par verre + 99,97 € (monture)	56 €
Ex verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	230,97 € par verre + 99,97 € (monture)	58 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	220 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	400 € par oeil	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	960 €	365 €

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

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/>)

GARANTIE UNIOR BASE

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	50 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €
Séjours sans acte lourd					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50€	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	16,75 €	8,80 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	15,75 €	15,20 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43€
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	168 €	314 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
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 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	85,97 € par verre + 59,97 € (monture)	124 €
Ex verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	174,97 € par verre + 59,97 € (monture)	210 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	60 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 € par oeil	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	160 €	1 165 €

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

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/>)

GARANTIE UNIOR PLUS

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	60 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
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'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0 €
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 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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 €
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 €	33,50 €	23,45 €	26,80 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	52 €	31,50 €	21,05 €	25,20 €	5,75 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements 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 €	23 €	16,10 €	11,50 €	36,40 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	15,10 €	11,50 €	38,40 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
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€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	288 €	194 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	0 €	504,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
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 €
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 + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	85,97 € par verre + 99,97 € (monture)	84 €
Ex verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	206,97 € par verre + 99,97 € (monture)	106 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	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
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	310 € par oeil	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	560 €	765 €

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

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/>)

VOS GARANTIES & LEURS CONDITIONS D'APPLICATION

P. 69

GÉNÉRALITÉS

P. 73

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

P. 79

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

P. 80

ASSISTANCE

P. 81

PROTECTION JURIDIQUE

GÉNÉRALITÉS

L'Union Nationale pour les Intérêts du Personnel Hospitalier est une Association à but non lucratif, fondée en 1994 par des Hospitaliers pour des Hospitaliers.

UNIPH a signé :

- **une convention frais de santé et allocation journalière avec l'Institution de Prévoyance UNIPREVOYANCE,**
- **une convention d'assistance avec la Société INTER PARTNER ASSISTANCE.**

GRUPE ASSURÉ

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- être adhérent de l'Association UNIPH, et vous acquitter de la cotisation associative prévue par les statuts de l'association,
- être affilié à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale suivant :
 - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
 - régime Alsace-Moselle ;
- être résident fiscal français.

Les garanties souscrites, pour vous et les bénéficiaires que vous aurez désignés, sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

FORMALITÉS PRÉALABLES

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion, que nous vous avons fournie, dûment complétée et signée,
- un mandat de prélèvement SEPA
- un RIB (relevé d'identité bancaire)
- votre attestation d'assuré social et celle de vos bénéficiaires,



- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle mentionnée sur le bulletin d'adhésion, joindre un justificatif de domicile de moins de 3 mois).
- et un justificatif (attestation de tiers payant, certificat d'affiliation ou de radiation) du précédent contrat si vous bénéficiez d'un contrat d'assurance frais de santé antérieurement à votre demande d'admission.

DATE D'EFFET DE VOTRE ADHESION ET DURÉE DES GARANTIES

■ Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

■ Le début de vos garanties

- Pour les adhérents assurés auparavant, vos garanties prennent effet à la date de votre adhésion, pour vous-même et vos ayants droit désignés sur votre bulletin d'adhésion sous réserve de la présentation d'un justificatif de moins de 3 mois (attestation de tiers payant, certificat d'affiliation ou de radiation) du précédent contrat.

Pour les autres, les garanties sont accordées à l'expiration des délais suivants :

- 10 mois pour la maternité,
- 6 mois pour les prothèses dentaires, l'implantologie dentaire, l'orthodontie, les autres prothèses et l'optique,
- 3 mois pour toutes les autres prestations non énumérées ci-dessus.

Toutefois, ces délais sont supprimés en cas de frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance de l'intéressé (on entend par "accident", toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure).

Pendant la période de délai d'attente, les prestations prises en charge par la Sécurité Sociale sont remboursées à minima à hauteur de 100% de la Base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale et tout autre organisme.

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

■ La fin de vos garanties

L'adhésion expire le 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile.

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À chaque échéance annuelle (soit le 31 décembre de chaque exercice), en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet à la date que vous souhaitez et au plus tôt un mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces trois hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale dédiée mise à votre disposition sur notre site internet de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
- Par voie électronique selon les modalités précisées sur votre espace adhérent ou à l'adresse e-mail indiquée sur votre avis d'échéance, que vous ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.

À réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette

période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues contractuellement.

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

En outre, l'assurance prend fin pour chaque participant :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assuré,
- à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire en application de l'article L861-3 du Code de la Sécurité Sociale et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet ;
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article « Cotisations »,
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de la part du participant et/ou d'un ayant droit entraînant une nullité de l'adhésion.

La cessation des garanties, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les participants et les ayants droit.

Plus particulièrement, s'agissant des ayants droit, ils cessent de bénéficier des garanties dès lors qu'ils ne répondent plus aux conditions définies.

RENONCIATION

Vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement, pour renoncer à cette adhésion. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :
Uni Santé Prévoyance – 34 rue des Moulins
CS 40003 – 51715 REIMS Cedex
par exemple, selon modèle ci-dessous :

Je soussigné(e),
Nom Né(e)
Prénom Demeurant
déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion à la convention d'assurance n° XXX pour laquelle j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours.
À le
(Signature)



La renonciation entraîne la restitution des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

COTISATIONS

■ Quel est le montant de vos cotisations ?

Le montant de la cotisation, comprenant le droit d'adhésion à l'Association, due pour vous et pour chaque bénéficiaire de la garantie est fixé annuellement et est exprimé en euros. Il est déterminé en fonction de la formule choisie, de votre âge et celui de vos bénéficiaires l'année d'échéance, de votre localisation géographique, et des opérations commerciales éventuelles pouvant s'appliquer.

L'âge est déterminé au 1^{er} janvier de l'année par différence de millésime.

Les bénéficiaires à la convention d'assurance doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos cotisations sont réajustées à compter du 1^{er} janvier en fonction de votre année de naissance et de celle de vos bénéficiaires.

En cas de changement d'adresse, vos cotisations sont réajustées au plus tard à compter du premier jour du deuxième mois qui suit la date de réception.

■ Avantage du 4^{ème} enfant bénéficiaire

L'avantage 4^{ème} enfant est défini comme suit : Si 4 enfants ou plus, sont inscrits au contrat, le 4^{ème} enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation.

Seuls les enfants d'un adulte inscrit au contrat sont pris en compte pour l'octroi de cet avantage.

Le statut d'enfant est défini à l'article « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? » Tous impôts, contributions et taxes, auxquels la convention d'assurance est ou sera assujettie, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

La cotisation est perçue d'avance par acomptes mensuels par prélèvement automatique.

■ Comment évoluent vos cotisations ?

- L'indexation annuelle des cotisations
 - Nous mettons en place une indexation annuelle de votre cotisation à compter du 1^{er} janvier de chaque année. Cette indexation majore votre taux de cotisation de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).
 - L'évolution de la consommation de services et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
 - Les cotisations pourront aussi évoluer, compte tenu de la révision prévue ci-dessous.

• Révision des cotisations

- Les cotisations peuvent être révisées annuellement en fonction des résultats techniques de la convention d'assurance. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance mensuelle qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif. Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance ou de l'avis de prélèvement.

VOTRE GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

■ Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?

Garanties : Essentielle, Equilibre, Tranquillité et Confort :

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie.

Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale. Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
 - jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils sont affiliés à la sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire,
- vos ascendants ou ceux de son conjoint (marié, pacsé ou concubin) à charge au sens du régime. Obligatoire dont le participant relève.



Garantie UNIGO

Est bénéficiaire de la garantie, l'adhérent âgé de 17 à moins de 27 ans inclus affilié à la Sécurité Sociale française.

Garanties : UNIOR BASE et UNIOR PLUS

Est bénéficiaire de la garantie UNIOR BASE ou UNIOR PLUS, l'adhérent âgé de 55 ans et plus affilié à la Sécurité Sociale française. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint âgé de 55 ans et plus non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale. Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.

Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

■ Comment choisir et modifier votre niveau de garantie ?

Vous avez la possibilité de modifier la formule retenue lors de votre adhésion au 1er janvier de chaque année sous réserve que celle-ci reste identique pour tous les bénéficiaires. La demande de changement doit être faite par écrit, au plus tard, deux mois avant le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle les modifications sont envisagées.

- Le changement pour une formule inférieure :
Toute modification doit être faite pour un minimum de deux années consécutives.
- Le changement pour une formule supérieure :
Toute modification doit être faite pour un minimum de deux années consécutives et pour la formule immédiatement supérieure.
- Cas particulier :
Vous pouvez aussi modifier vos garanties, pour une formule immédiatement supérieure, en cours d'adhésion, à l'occasion d'un changement de votre situation de famille (dans les conditions prévues à l'article « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? », sous réserve de nous en faire la demande dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation.

■ Quels sont les remboursements frais de santé ?

Votre contrat a été émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1 et L871-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.



En conséquence,

• Il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermique,
- l'intégralité des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV)** ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et **sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)**.
- l'intégralité des verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, **dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)**.
- les verres et monture de classe B à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

- **à effet du 1^{er} janvier 2021, l'intégralité des aides auditives de classe 1** à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (**Prix Limite de Vente : PLV**) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et **sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)**.

- à effet du 1^{er} janvier 2021, les aides auditives de classe 2 à tarifs libres dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

• Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5
- la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- les dépassements des Prix Limite de Vente (PLV) des soins dentaires prothétiques à pris en charge renforcée ou à tarifs limités, les verres et monture de classe A et les aides auditives de classe 1 lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties de la convention sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

■ Les frais que nous prenons en charge

Vous bénéficiez du Tiers Payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.



L'attestation Tiers Payant Santé vous permet de justifier de votre affiliation à notre centre de gestion, Uni Santé Prévoyance. L'attestation est renouvelée chaque année au 1^{er} janvier. Vous devez la présenter à votre praticien pour bénéficier du Tiers Payant. Nous prenons en charge les frais réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie.

Nous vous remboursons, en fonction des montants et limites décrits dans le tableau des garanties, les frais engagés par les bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale. Ces frais doivent avoir donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire.

Toutefois, certains frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans le tableau de garanties de la formule que vous avez souscrite.

• Concernant le poste Hospitalisation :

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket Modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

• Concernant le poste Optique :

Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. En cas d'équipement mixte 100% Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% Santé

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.



• Concernant le poste Aides auditives :

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

• Concernant le poste Prévention :

Le droit à indemnité est ouvert pour les actes indiqués ci-dessous :

Prévention bucco-dentaire :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum.

Santé de l'enfant :

Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

Dépistage :

- Une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012)
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- Dépistage de l'hépatite B
- Actes d'ostéodensitométrie remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, la prise en charge est limitée aux femmes de plus de 50 ans (une fois tous les 6 ans).

Vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges
- Coqueluche : avant 14 ans
- Hépatite B : avant 14 ans
- BCG : avant 6 ans
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
- Haemophilus influenzae B
- Vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois
- Vaccin antigrippe

SEVRAGE TABAGIQUE, SUR PRESCRIPTION DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT

- Patches.
- Gommages à mâcher.
- Pastilles.
- Inhalateurs.

La Sécurité Sociale participe dans la limite de 150€ par an et par bénéficiaire au remboursement des substituts nicotiques. Attention, votre médecin traitant doit vous délivrer une ordonnance mentionnant exclusivement les traitements de sevrage tabagique pour permettre le remboursement.

FORMATION AUX PREMIERS SECOURS

Formation à la Prévention et aux Secours Civiques de niveau 1 (PSC 1) ou du Brevet Européen des Premiers Secours (BEPS). Nous vous invitons à vous rapprocher de l'Union des Sapeurs Pompiers de votre département ou de la délégation locale de la Croix Rouge.

• Concernant les Autres postes

FORFAIT CONTRACEPTION

Les actes concernés non pris en charge par le Régime Obligatoire, sur prescription médicale, sont :

- Pilules «nouvelles générations ».
- Anneau vaginal.
- Patches contraceptifs.
- Pilules du « lendemain ».

CURES THERMALES

(acceptées par le Régime Obligatoire) : Les frais pris en charge sont ceux correspondants aux frais de transport et de séjour.

L'indemnité forfaitaire, dont le montant est fixé au tableau des garanties, ne peut excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au titre du Régime Obligatoire.

NAISSANCE OU ADOPTION PLÉNIÈRE

Le montant de l'indemnité forfaitaire est fixé au tableau des garanties.

L'indemnité est versée sous réserve que l'accouchement se produise pendant la durée d'adhésion.

L'indemnité ne peut être versée qu'à

l'adhérent féminin ou à l'adhérent masculin dont la conjointe (ou concubine) est assurée en tant qu'ayant droit du contrat.

Ce montant est doublé en cas de naissances ou d'adoptions multiples.

En cas d'accouchement d'un enfant sans vie ou non viable, l'indemnité sera également versée à l'exception de toute autre indemnité forfaitaire.

Pour un même foyer, si les deux parents ont la qualité d'assurés cotisants, le cumul de forfaits est limité au montant des frais engagés.

FRAIS D'OBSÈQUES

En cas de décès d'un bénéficiaire âgé de moins de 65 ans, le montant de l'indemnité forfaitaire est fixé au tableau des garanties, dans la limite des frais engagés.



Cette garantie est acquise au souscripteur du contrat âgé de moins de 65 ans, salarié des établissements hospitaliers (publics ou privés), dès lors que celui-ci était en activité de service effective à sa date d'adhésion. Elle est réservée aux seules garanties Equilibre, Tranquillité et Confort.

Dans le cas contraire, la garantie est acquise après une reprise d'activité continue à temps complet d'une durée minimum d'un an et pour une nouvelle pathologie.

Pour les adhérents n'ayant pas de garantie similaire avant l'adhésion à UNIPH, un délai de stage d'un an s'applique.

Le salaire servant de base au calcul de cette allocation est égal au salaire indiciaire brut perçu au cours des 12 mois civils précédant le début de l'arrêt de travail.

L'indemnité journalière est versée en cas de perte de revenu au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt continu et total de travail.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé :

- en garantie Equilibre à 25 % de la 365^{ème} partie du salaire ci-dessus défini et est limité à 37,50 €,
- en garantie Tranquillité à 27 % de la 365^{ème} partie du salaire ci-dessus défini et est limité à 40 €,
- en garantie Confort à 30 % de la 365^{ème} partie du salaire ci-dessus défini et est limité à 45 €.

L'indemnité journalière complète les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, le total de l'ensemble de ces prestations ne devant pas dépasser 100% du salaire de base ci-dessus défini. En cas de dépassement, l'allocation journalière est réduite à due concurrence.

Les indemnités journalières sont payables sur présentation des décomptes de Sécurité Sociale et de tout autre organisme.

Elles cessent :

- Dès que prend fin le service de la prestation Sécurité Sociale.
- Au maximum après 9 mois d'indemnisation sur une période de deux ans.

Toute indemnisation, au titre d'un nouvel arrêt, ne sera possible qu'après une reprise d'activité continue à temps complet d'une durée minimum d'un an.

Il sera alors fait, à nouveau, application au délai de franchise.

SONT EXCLUES DE LA GARANTIE "INDEMNITÉ JOURNALIÈRE" :

les conséquences des accidents résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré d'une tentative de suicide, de risques aériens (deltaplane, parapente, parachutisme, pilotage d'U.L.M.), de la participation à une compétition, à une guerre civile ou étrangère, à une émeute, à une rixe, à des actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent a pris une part active, à une transmutation du noyau de l'atome.

GARANTIES		PLAFONDS
ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE		
Aide ménagère	Garanties souscrites, ouvertes en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours	30 heures
Garde des malades, des enfants, petits enfants et ascendants dépendants		4 aller/retour
Conduite des enfants à l'école		250 €
Garde des animaux domestiques		30 heures
Soutien scolaire		3 nuits, 80 € / nuit
Présence d'un proche		
ASSISTANCE EN CAS DE MATERNITÉ SI HOSPITALISATION DE PLUS DE 8 JOURS		
Soutien psychologique	Garanties souscrites, ouvertes en cas de maternité avec hospitalisation de plus de 8 jours	3 entretiens
Auxiliaire de puériculture		2 heures
Aide ménagère		30 heures
Garde des enfants		30 heures
Présence d'un proche		3 nuits, 80 €/nuit
Conduite des enfants à l'école		4 aller/retour
ASSISTANCE EN CAS D'ÉVÉNEMENT GRAVE		
Accompagnement médicosocial	Garantie souscrite	-
Accompagnement psychologique		3 entretiens téléphoniques
Complément d'avis médical		-
Aide ménagère		
Garde des enfants		30 heures
Garde des ascendants dépendants		
ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS		
Soutien psychologique	Garantie souscrite	3 entretiens téléphoniques

Résumé des garanties d'assistance n'ayant aucune valeur contractuelle.

Pour bénéficier de l'assistance, contactez nos conseillers au 09 69 390 190 (appel non surtaxé)



La garantie de protection juridique est assurée par Juridica, filiale spécialisée en assurance de protection juridique d'AXA France.

Elle est réservée aux adhérents de la garantie UNIGO âgés de 17 à 27 ans.

INFORMATIONS JURIDIQUES PAR TÉLÉPHONE

En cas de difficulté juridique ou en prévention de litige dans tous les domaines de la vie privée et professionnelle (études, stages en entreprise, jobs étudiants,...) et plus largement en matière de droit du travail mais également dans le cadre du droit de la consommation, des prestations de services et de loisirs,...

ANALYSE JURIDIQUE DES CONTRATS

Assistance dans la lecture et la compréhension d'un projet de contrat, y compris lorsqu'il s'agit d'un avenant dans le cadre privé ou professionnel.

En cas de difficulté juridique, le contrat ou l'avenant est soumis à un avocat qui confirmera sa validité ou proposera un aménagement.

Domaines garantis : contrats de travail, contrats de prestation de loisirs, contrats de location saisonnière, baux d'habitation.

ASSISTANCE PÉNALE ET DISCIPLINAIRE

Dans le cas où vous êtes victime d'une infraction pénale dans le cadre de votre activité professionnelle, prise en charge des frais et honoraires d'avocat.

Cette garantie est également valable en cas de poursuite pour une contravention ou délit devant une juridiction pénale ou lors d'une convocation devant une commission administrative ou disciplinaire.

ATTEINTE A L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique et/ou psychique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers, ou lorsque vous êtes victime de violences ou voies de fait.

ATTEINTE À L'E-RÉPUTATION

Vous êtes garanti si vous êtes victime d'une atteinte à votre e-réputation, sous réserve que le litige vous oppose à une personne responsable de l'atteinte à l'e-réputation.

Prestations de nettoyage : suppression des liens désignés par vos soins et, d'autre part, recherche les copies de ceux-ci présents au jour de la déclaration.

Prestations de noyage : dans l'hypothèse où la suppression des liens désignés est impossible et à condition que l'assuré ait déposé plainte (sauf cas d'atteinte à l'e-réputation post-mortem), création du contenu référencé dans les premières

pages des principaux moteurs de recherche de manière à faire reculer l'information préjudiciable dans les résultats.

USURPATION D'IDENTITÉ

Vous êtes garanti si vous êtes victime d'une usurpation d'identité liée à votre vie privée d'étudiant ou de jeune actif.

Il s'agit de l'usage non autorisé des éléments d'identification ou d'authentification de l'identité de l'assuré par un tiers dans le but de réaliser une action frauduleuse entraînant un préjudice pour l'assuré.

Résumé des garanties sans valeur contractuelle.
Les conditions de prise en charge sont précisées dans la Notice jointe d'information des garanties d'assurance de protection juridique Juridica.

Juridica. S.A. au capital de 14 627 854, 68 €
572 079 150 - R.C.S. Versailles.
Siège social : 1, place Victorien Sardou 78160 Marly le Roi.
Entreprise régie par le code des assurances
TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150



NOS SERVICES

P. 84
LES SERVICES ITTELIS

P. 87
VOTRE ESPACE ADHÉRENT EN LIGNE
ET L'APPLICATION MOBILE

P. 88
LE SERVICE PALMARES DES
HÔPITAUX

P. 89
LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

P. 92
L'ACCOMPAGNEMENT MON COACH
SANTÉ ANGEL

LES SERVICES ITELIS

Grâce aux réseaux de professionnels de la santé partenaires **Itelis**, vous bénéficiez de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive.

OPTIQUE :

3 300 opticiens partenaires.

Tarifs privilégiés

- 40% d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés*
- 15% de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...).
- 10% de remise minimale sur les lentilles.

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Réparation et ajustement des équipements optiques.
- Examen annuel de la vue (non médical).
- Garantie casse sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles rigides traditionnelles.
- Garantie adaptation sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles.
- Garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles souples traditionnelles.
- Maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE (liste susceptible d'évoluer).
- Valorisation de critères de qualité tel que le label « Origine France Garantie ».
- Traçabilité des produits grâce à un certificat d'authenticité disponible sur le site internet du verrier.

DENTAIRE :

2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 spécialistes en implantologie partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges).
- Jusqu'à 25% d'économie sur un traitement implantaire.
- Tarif à partir de 1 400€ pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne).

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant pour les prothèses (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Remplacement de l'implant en cas de rejet.

AUDIOPROTHÈSE

1 000 audioprothésistes partenaires.

Tarifs privilégiés

- 15% d'économie moyenne sur les aides auditives.
- Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)
- 10% de remise minimale sur les produits d'entretien.
- 15% de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...).

* Dans le cadre d'une garantie remboursant à minima le ticket modérateur pour les piles auditives.

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Garantie panne sans franchise de 4 ans.
- Essai d'un mois minimum.
- Entretien de l'équipement.
- Prêt d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement.
- Dépistage annuel de l'audition (non médical) sans obligation d'achat.
- Maintien des offres promotionnelles dans le centre en cours en sus des avantages Itelis.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : AUDIO SERVICE, BELTONE, BERNAFON, HANSATON, OTICON, PHONAK, RESOUND, REXTON, SIEMENS, STARKEY, UNITRON et WIDEX (liste susceptible d'évoluer).

Suivi complet même en cas de déménagement

- Suivi d'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement, même en cas de déménagement.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 30% d'économie sur les techniques les plus utilisées.
- Tarif à partir de 1 400€ pour les deux yeux.

Critères de qualité




- Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé).
- Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et au moins 100 procédures par an).
- Examen pré et post opératoire.



COMMENT BÉNÉFICIER DES AVANTAGES DU RÉSEAU ?

3 étapes simples à suivre :

- 1) Localisez facilement les partenaires d'Itelis :
 - Par internet, grâce à l'outil de géolocalisation disponible sur votre espace adhérent www.uniph.fr
 - Par téléphone, en appelant votre centre de gestion au numéro suivant : **09 69 390 190**
- 2) Présentez au partenaire votre carte de tiers payant avec le logo Itelis
- 3) Demandez à bénéficier des avantages du réseau.

 Soins Extérieurs 		ATTESTATION DE TIERS PAYANT UNI SANTÉ PRÉVOYANCE 34, rue des Moulins 51715 Reims Cedex		Période de validité :
N° AMC : Type Conv : voir colonnes, CSR : N° adhérent :		Assuré principal :		N° contrat :
Bénéficiaire(s) du tiers payant Nom - Prénom Date de naissance - Rang		Dépenses de santé concernées par le tiers payant PHAR* LABO* RADL* AUXM* CSTE* EXTE* HOSP* OPTI* LPPS* TRAN* SP SP SP SP SP IS IS IT/SP SP SP		
* Règle de calcul 052 : M RC = 100% TM				
			Important : Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par SP santé	



L'APPLICATION MOBILE UNIPH

Suivi et demande de remboursement :
vos remboursements en temps réel

Carte tiers payant :
votre carte toujours avec vous

Téléconsultation :
consultez un médecin sans bouger







ACTEURS ENGAGÉS
POUR VOTRE SANTÉ





COMMENT ACCÉDER À MON ESPACE PERSONNEL EN LIGNE ?

- 1/ **Connectez-vous au site internet www.uniph.fr**
- 2/ **Cliquez à droite de l'écran sur le bouton « Espace Adhérent »**
- 3/ **Identifiez-vous, 2 possibilités :**
 - Si vous avez déjà créé votre compte avec votre adresse email : renseignez votre email et le code confidentiel à 8 chiffres que vous avez défini.
 - Si vous n'avez pas créé de compte avec votre email ou s'il s'agit de votre première connexion :

Le numéro de contrat qui est demandé pour créer votre compte figure sur votre carte de tiers payant.



Merci de saisir vos informations pour pouvoir accéder à votre espace adhérent.

1ère connexion / Créer un compte - Cliquez ici

Votre e-mail

Votre code confidentiel, 8 chiffres Effacer

3	7	5	6	2
4	9	0	1	8

Se connecter

Code confidentiel oublié?

LE SERVICE PALMARES DES HÔPITAUX

Le palmarès des hôpitaux est un service d'information pour vous aider à préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche.

Le palmarès des hôpitaux vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.

Recherche par :

Spécialité(s) / Région / Département(s) / Ville



Palmarès des hôpitaux et des cliniques

Choisir mon établissement santé



Évaluer les honoraires de mon chirurgien

Comparer le dépassement d'honoraires de mon chirurgien



Ma check-list avant hospitalisation

Préparer mon hospitalisation sans rien oublier



Annuaire des hôpitaux et des cliniques

Trouver les coordonnées des hôpitaux et des cliniques

Le palmarès des hôpitaux est disponible en vous connectant à votre espace adhérent en ligne.



Comment accéder au service?

Grâce à notre partenariat exclusif, vous accédez à la téléconsultation médicale très simplement, via votre Espace Client ou [Angel.fr](https://www.angel.fr), depuis votre smartphone, tablette ou ordinateur.



Téléconsultation médicale

Qu'est-ce que la téléconsultation médicale ?

Le service de téléconsultation médicale vous permet de consulter un médecin généraliste où que vous soyez et d'obtenir une ordonnance si nécessaire.

Docariv vous permet d'accéder rapidement à un médecin généraliste, en téléconsultation.

- Le service est accessible par visioconférence où que vous soyez, en France ou à l'étranger
- Les médecins sont disponibles 7j/7 de 6h à minuit
- Consultations sans avance de frais grâce au tiers payant intégral
- Les ordonnances sont mises à votre disposition en ligne
- Le secret médical est garanti et vos données, sécurisées



Comment accéder au service ?

Grâce à notre partenariat exclusif, vous accédez à la téléconsultation médicale très simplement, via votre Espace Client ou [Angel.fr](https://www.angel.fr), depuis votre smartphone, tablette ou ordinateur.

Téléconsultation médicale

TÉLÉCONSULTATION

Comment ça fonctionne ?



Une infirmière vérifie vos droits et s'assure qu'il ne s'agit pas d'une urgence.



Un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins vous écoute, évalue votre situation médicale et vous conseille.



Si besoin, avec votre accord, une ordonnance est envoyée directement à la pharmacie de votre choix en France ou en Union européenne.



La consultation est entièrement protégée par le secret médical et avec votre accord, votre médecin traitant recevra un compte-rendu si vous le souhaitez.



Téléconsultation médicale

DANS QUELS CAS POUVEZ-VOUS CONTACTER LE SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE ?

Vous avez un problème de santé et vous n'arrivez pas à joindre votre médecin traitant ?

Vous avez une question concernant votre santé et souhaitez une réponse fiable par des professionnels de santé ?



Consultation par téléphone avec un médecin.



7J/7 de 6h à minuit.

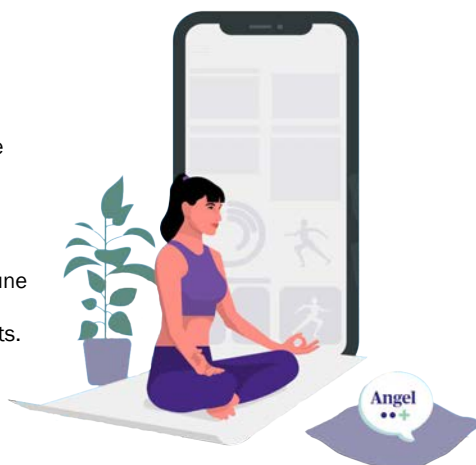


En France et partout dans le monde.

L'ACCOMPAGNEMENT Coach santé Angel

Mon coach santé Angel

- Un suivi des progrès avec un tableau de bord des différentes activités, ainsi que le calcul de votre âge biologique, mis à jour toutes les semaines.
- Des défis santé seul ou en équipe pour vous inciter à adopter une activité physique régulière.
- À chaque activité réalisée, vous gagnez des points pour financer une bonne action pour la planète ou échanger contre des bons d'achats.
- Bénéficiez de programmes de coaching sélectionnés par des médecins pour leur efficacité : nutrition, sommeil, méditation...



Des conseils personnalisés

Déterminez votre profil et vos objectifs et accédez à des ressources adaptées (alimentation, activité physique, méditation, etc.)



Un clic sur la zone douloureuse

Des propositions d'exercices ciblées



Préservez votre forme et prenez soin de vous au quotidien grâce à des programmes de coaching et des conseils santé et bien-être. Le programme de prévention digital Mon Coach santé Angel vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.

Mon Coach santé Angel c'est une appli simple à télécharger, ou accessible sur moncoachsante.fr

Avec Mon Coach santé Angel vous trouverez :

- Des tests conçus par les meilleurs experts médicaux pour connaître leur âge santé et découvrir le programme adapté à leurs besoins

- Une sélection de programmes de coaching testés et approuvés, avec des réductions exclusives, négociées par AXA
- Les dernières actualités santé pour mieux se nourrir, mieux dormir, bouger davantage et garder la forme
- La possibilité d'y relier tous leurs objets connectés pour un suivi simple et en temps réel de leurs progrès
- De bons plans santé pour tous, des défis à relever pour améliorer leur santé

La téléconsultation accessible à tout moment pour un accompagnement médical tout au long du programme.

VOS DÉMARCHES

P. 95

VOUS CHANGEZ DE SITUATION
PERSONNELLE

P. 96

LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES
AU RÈGLEMENT DES
PRESTATIONS

P. 98

VOS DONNÉES PERSONNELLES

VOUS CHANGEZ DE SITUATION PERSONNELLE

VOUS AVEZ UN NOUVEL ENFANT

Faites-nous parvenir son extrait de naissance pour permettre le versement de l'éventuelle indemnité forfaitaire maternité.

VOUS AJOUTEZ UN BÉNÉFICIAIRE

Adressez-nous un courrier nous indiquant la prise d'effet et fournissez-nous la photocopie de son attestation du Régime Obligatoire (reportez-vous à la page 31 de votre guide pour la définition des bénéficiaires).

VOUS RETIREZ UN BÉNÉFICIAIRE

Adressez-nous un courrier nous indiquant le nom et le prénom de la personne concernée, ainsi que sa date de fin de droits.

VOUS DÉMÉNAGEZ

Informez-nous de votre nouvelle adresse.

VOUS COORDONNÉES BANCAIRES CHANGENT

Transmettez-nous un nouveau Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

VOTRE ENFANT EST ÂGÉ DE 18 ANS ET PLUS

Faites-nous parvenir un justificatif (certificat de scolarité, attestation Assedic ou certificat d'apprentissage, etc.) attestant qu'il répond à l'une des définitions des bénéficiaires.

VOUS CHANGEZ DE STATUT

Si vous changez de profession ou si vous quittez votre établissement, nous vous proposons une nouvelle Assurance Maladie Complémentaire adaptée à votre nouvelle situation :

 N°Cristal 09 69 390 190
APPEL NON SURTAXE

SITE INTERNET

Connectez-vous sur www.uniph.fr pour accéder à votre compte et effectuer vos démarches en ligne !



LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir votre remboursement vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire pour toute prestation ayant fait l'objet préalablement d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires. Il n'est donc pas nécessaire de nous les transmettre. Vous en êtes informés par une note sur votre décompte :
La mention « Nous avons également transmis

ces informations à Uni Santé Prévoyance » doit figurer sur votre décompte de Sécurité Sociale.
Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré. L'envoi des pièces justificatives (décompte, factures,...) peut se faire en utilisant votre espace adhérent en ligne.
Pour les cas particuliers suivants vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
LA MÉDECINE COURANTE, LES FRAIS DE TRANSPORT	
	L'original du décompte de la Sécurité sociale
LA MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE	
	L'original de la facture avec le n° ADELI du praticien
LE DENTAIRE	
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Pour les prothèses ou actes de parodontologie	L'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées
L'OPTIQUE	
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Pour les lunettes	L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires
Pour les lentilles de contact correctrices	L'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture
L'AUDITIF	
Pour les prothèses auditives qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale	La prescription médicale et l'original de la facture
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale
	En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée
	Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
L'HOSPITALISATION	
Selon la facturation dont relève l'établissement	Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire
	L'original de la facture
	L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement
Dans tous les cas	Les notes de dépassement d'honoraires
LES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHÈSES DENTAIRES ET AUDITIVES)	
Pour les prothèses et appareillages non pris en charge par la Sécurité sociale	La prescription médicale et l'original de la facture
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale
	En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée. Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires
LA PHARMACIE	
Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant)
Les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Les substituts nicotiniques	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou la prescription médicale et l'original de la facture s'ils n'ont pas été remboursés par la Sécurité sociale
LES CURES THERMALES	
	L'original du décompte de la Sécurité sociale
	L'original des factures
LA PRÉVENTION	
Vaccins et contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Détartrage sus et sous gingival	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Radiologie, dépistage, analyse biologique et bilan personnalisé de prévention	L'original de la facture et du décompte de la sécurité sociale (le cas échéant)

Dans le cadre de nos contrôles de conformité nous pouvons vous demander les factures originales, les décomptes originaux, les ordonnances originales des prestations, où à défaut une copie certifiée conforme lorsqu'ils ont été communiqués à votre régime obligatoire. Sur refus de fourniture de votre part, nous pouvons refuser le remboursement ou limiter le remboursement au ticket modérateur de la Sécurité sociale. Dans le cadre de la vérification des exclusions et des limitations, nous pouvons vous demander des informations médicales, cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires pour vérifier l'exclusion ou la limitation. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

Quelques informations supplémentaires
Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez. A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.
La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.
Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

VOS DONNÉES PERSONNELLES

DONNÉES PERSONNELLES :

Dans le cadre de votre relation avec le centre de Gestion Uni Santé Prévoyance pour un contrat d'assurance, vos données personnelles pourront être utilisées pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Uni Santé Prévoyance sera également susceptible de les exploiter afin de se conformer à une réglementation applicable notamment dans le cadre de contentieux ou pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Tout ou partie de ces données collectées par Uni Santé Prévoyance peuvent aussi servir à alimenter des analyses, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) ou de personnaliser votre parcours en tant qu'assuré.

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités par Uni Santé Prévoyance.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits

■ **par email**
web@unisante.com
ou

■ **par courrier**
UNI SANTE PREVOYANCE
Service Relations Assurés
34 rue des moulins 51100 REIMS

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez
<https://unisante.net/mentions-legales/>

Données personnelles	
Nom	Smith
Prénom	John
Adresse	1212 Downtown
Ville	Springfield
Pays	
Code postal	
Durée	
Contact	
Occupation	
Numéro de Téléphone	

NOUS CONTACTER

COMMENT CONTACTER VOTRE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ?

■ Par téléphone

Du lundi au vendredi de 9h à 20h

▶ **N°Cristal** 09 69 390 190

APPEL NON SURTAXE

■ Par mail

web@unisante.com

■ Par écrit

Uni Santé Prévoyance
34 rue des Moulins
CS 40003 - 51715 REIMS Cedex

■ Par internet

En vous connectant à
votre espace adhérent
sur www.uniph.fr

LE SERVICE RELATIONS ASSURÉS

Du lundi au vendredi de 9h à 20h

03 26 77 37 47

Dans le cadre de sa démarche qualité, Uni Santé Prévoyance a créé le Service Relations Assurés. Celui-ci est à votre disposition pour répondre à vos demandes spécifiques et tout mettre en œuvre afin de vous donner satisfaction.

Tout dossier analysé fera l'objet d'un compte rendu d'action accompagné d'un questionnaire de satisfaction pour recueillir vos suggestions.

RÉCLAMATIONS

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre Service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Réclamations :

■ Par courrier

Uni Santé Prévoyance
Service Réclamations
34 rue des Moulins
CS 40003 - 51715 Reims Cedex

■ Par mail

reclamations@unisante.com

■ Par téléphone

03 26 77 37 47

Précisez le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera dressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant au médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), à l'adresse suivante :

• **Par courrier** : Le Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès - 75008 Paris L'intervention du médiateur est gratuite.

• **Sur le site** : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Le médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

ASSOCIATION

Union Nationale pour les Intérêts du Personnel Hospitalier.
Association à but non lucratif (loi 1901)
34 rue des Moulins - 51100 REIMS

ASSUREUR

UNIPREVOYANCE
10 rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex
www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité Sociale, agréée par arrêté du Ministère de la Santé et de la Famille en date du 28-11-1978.

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située :
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

ASSISTANCE

AXA ASSISTANCE	Inter Partner Assistance	ITELIS - Immeuble
6 rue André Gide	6 rue André Gide	« Le Diapason »
92320 Châtillon	92321 Châtillon Cedex	218 avenue Jean Jaurès
		75019 Paris

COURTIER / GESTIONNAIRE

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE est une société de courtage délégataire de gestion pour le compte d'institutions de prévoyance. Garantie Financière et R.C. Professionnelle conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances. Police RC n° 44855.
SAS au capital de 150 000 Euros
R.C.S Reims B 410 503 429
N° immatriculation ORIAS : 07 025 792 - www.orias.fr
34 rue des Moulins - CS 40003 - 51715 REIMS Cedex

AGRÈMENTS

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE est agréée par l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Régime Obligatoire (identification n° 187), par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (n° 90114) et par le GIE Sintia n° T00125.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE s'engage à communiquer et à rectifier, sur simple demande d'un assuré, toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage d'UNI SANTÉ PRÉVOYANCE, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés.

Ce droit peut être exercé à l'adresse suivante :
UNI SANTÉ PRÉVOYANCE - 34 rue des Moulins - 51715 REIMS Cedex.

PROTECTION JURIDIQUE


JURIDICA
1 place Victorien Sardou
78160 Marly le Roi.

COMMENT JOINDRE
VOTRE ASSURANCE
MALADIE
COMPLÉMENTAIRE?



www.uniph.fr

**Nos conseillers sont à votre écoute
du lundi au vendredi de 9h à 20h**

 **N°Cristal** 09 69 390 190

APPEL NON SURTAXE



Rejoignez-nous sur
Facebook



Rejoignez-nous sur
LinkedIn

Retrouvez toutes nos informations sur www.uniph.fr