

Règlement mutualiste

Unéo-Référence Unéo-International

APPLICABLE À COMPTER
DU 7 ET 8 JUIN 2023

*Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la mutualité N° SIREN 503 380 081*

Ce document vous est adressé conformément aux dispositions des articles L. 114-1 et L. 221-4 du Code de la mutualité. Vous devez le conserver tant que vous êtes membre participant de la Mutuelle.

Les modifications vous permettant de tenir ce document à jour sont consultables dans votre espace personnel sur groupe-uneo.fr.

Unéo, MGPEt GMF
sont membres d'
UNEOPOLE
la communauté
sécurité défense

Unéo, la mutuelle
des forces armées
TERRE - MER - AIR - GENDARMERIE
DIRECTIONS & SERVICES
Référéncée
Ministère des Armées



Santé – Prévoyance
Prévention – Action sociale
Solutions du quotidien



Table des matières

CHAPITRE 1 : CONDITIONS D'ADHESION, DE RENONCIATION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET DE SUSPENSION	5
Article M. 1 – Adhésion à la mutuelle Unéo	5
Article M. 2 – Admission d'un ayant droit	5
Article M. 3 – Choix de la garantie santé	6
Article M. 4 – Souscription aux garanties	7
Article M. 5 – Modification des garanties	9
Article M. 6 – Carte de mutualiste	10
Article M. 7 – Adhésions particulières	10
Article M. 8 – Renonciation	10
Article M. 9 – Démission	11
Article M. 10 – Résiliation des garanties optionnelles	11
Article M. 11 – Radiation	12
Article M. 12 – Exclusion	12
Article M. 13 – Maintien d'adhésion à la Mutuelle dit « Le Cercle Unéo »	12
CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE - COTISATIONS	13
Article M. 14 – Etablissement de la cotisation	13
Article M. 15 – Paiement de la cotisation	13
Article M. 16 – Changement de situation personnelle ou professionnelle	14
CHAPITRE 3 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS : PRESTATIONS	14
Article M. 17 – Principes	14
Article M. 18 – Ouverture des droits à prestations	14
Article M. 19 – Paiement des prestations	14
Article M. 20 – Liquidation des dossiers	15
Article M. 21 – Forclusion	16
Article M. 22 – Indemnisation par un autre moyen	16
Article M. 23 – Dispositions particulières	16
Article M. 24 – Affiliation à un autre régime d'indemnisation	18
Article M. 25 – Subrogation	18

Article M. 26 – Inaptitude à servir. Indemnité de perte de solde.....	18
Article M. 27 – Rapatriement et Assistance	19
Article M. 28 – Contrôle	20
Article M. 29 – Libre choix du malade	20
CHAPITRE 4 : FONDS SOCIAL	20
Article M. 30 – Définition	20
Article M. 31 – Fonctionnement	20
Article M. 32 – Champ d'intervention	21
CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES.....	22
Article M. 33 – Loi applicable - Réclamations et médiation	22
Article M. 34 – Informatique et libertés	22
Article M. 35 – Prescription	23
Article M. 36 – Lutte contre le blanchiment des capitaux.....	24
Article M. 37 – Modification du règlement mutualiste	24
Article M. 38 – Organisme de contrôle	24
BAREME DES COTISATIONS MENSUELLES POUR L'ANNEE 2023	25
I. Cotisations santé de base des garanties Unéo-Référence par bénéficiaire	25
II. Cotisations santé de base de la garantie Unéo-International « Optimonde 2* » par bénéficiaire	26
III. Cotisations santé de base des garanties Unéo-International « Unéo-Monde » par bénéficiaire	27
IV. Cotisation inaptitude à servir	29
V. Cotisation maintien d'adhésion « Le Cercle Unéo »	29
VI. « Cotisations et prestations maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » ⁽²⁾	30
VII. « Cotisation et montant de la rente éducation » ⁽³⁾	30
PRESTATIONS POUR LES GARANTIES SANTE DE BASE UNEO-REFERENCE A COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2023	31
AIDES ACTION SOCIALE ^(*)	37
PRESTATIONS POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE UNEO-INTERNATIONAL « OPTIMONDE 2* ».....	38
EXCLUSIONS DES TABLEAUX DE GARANTIES SANTE DE BASE UNEO-INTERNATIONAL « OPTIMONDE 2* ».....	40
PRESTATIONS POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE UNEO-INTERNATIONAL « UNEO MONDE-INITIALE » ⁽¹⁾	41

PRESTATIONS POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE UNEO-INTERNATIONAL « UNEO MONDE-GLOBALE » ⁽¹⁾	43
PRESTATIONS POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE UNEO-INTERNATIONAL « UNEO MONDE-INTEGRALE » ⁽¹⁾	45
EXCLUSIONS DES TABLEAUX DE GARANTIES SANTE DE BASE UNEO-INTERNATIONAL « UNEO MONDE-INITIALE », « UNEO MONDE-GLOBALE », « UNEO MONDE-INTEGRALE »	47
BAREME DES COTISATIONS MENSUELLES POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE « NOUVELLE-CALEDONIE » (SOUSCRITE AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	48
PRESTATIONS POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE « NOUVELLE-CALEDONIE » (SOUSCRITE AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	49
EXCLUSIONS DES TABLEAUX POUR LA GARANTIE SANTE DE BASE « NOUVELLE-CALEDONIE » (SOUSCRITE AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	51
BAREME DES COTISATIONS MENSUELLES POUR LES GARANTIES OPTIONNELLES (SOUSCRITES AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	52
PRESTATIONS POUR LES GARANTIES OPTIONNELLES (SOUSCRITES AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	53
BAREME DES COTISATIONS MENSUELLES POUR LA GARANTIE SURCOMPLEMENTAIRE (SOUSCRITE AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	58
PRESTATIONS SANTE POUR LA GARANTIE SURCOMPLEMENTAIRE (SOUSCRITE AVANT LE 1 ^{ER} JANVIER 2018)	59
GARANTIES RESPONSABLES ET SOLIDAIRES	64
ACTES DE PREVENTION	66
GARANTIES EN INCLUSION	66
DISPOSITIF LOI DITE « MADELIN »	66
DELEGATION DE GESTION	66

Au sens du présent Règlement mutualiste, les termes « adhérent », « adhérents » désignent le membre participant et/ou tout ou partie de ses ayants droit lorsque l'adhésion leur est ouverte.

Chapitre 1 : Conditions d'adhésion, de renonciation, de démission, de radiation et de suspension

Article M. 1 – Adhésion à la mutuelle Unéo

La Mutuelle admet des membres participants tels que définis à l'article 7 des statuts.

Le futur membre participant remplit et signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

L'inscription à la Mutuelle prend effet à la date de la signature du bulletin d'adhésion, sauf disposition contraire formelle.

Le conjoint non séparé ni divorcé, le conjoint veuf, séparé ou divorcé, l'ex-partenaire lié par un pacte de solidarité, l'ex-concubin, l'enfant, ancien ayant droit d'un membre participant, devenu à son tour membre participant, conservent l'ancienneté d'adhésion à la Mutuelle du membre participant dont ils étaient bénéficiaires, à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption.

Article M. 2 – Admission d'un ayant droit

Au sens du présent Règlement, le terme « conjoint » désigne la personne physique mariée au membre participant non séparée de corps judiciairement, ni divorcée par un jugement définitif.

Le terme « partenaire » désigne la personne physique avec laquelle le membre participant a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) conformément aux articles 515-1 et suivants du Code civil.

Le terme « concubin » désigne la personne physique vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité conformément à l'article 515-8 du Code civil, dans la mesure où le membre participant et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partagent le même domicile.

Peuvent acquérir la qualité d'ayant droit :

1.1 - Le conjoint, le partenaire ou le concubin du membre participant ;

1.2 - Jusqu'au 31 décembre qui suit leur 30^{ème} anniversaire :

- les enfants du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin, à l'exception des enfants employés par le ministère des Armées, militaires ou non ;
- les enfants d'un membre participant devenus orphelins de père et de mère et non émancipés ;
- les descendants d'un membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin, préalablement bénéficiaires des prestations en nature de la Sécurité sociale sur le compte de l'un d'entre eux.

1.3 - Les enfants ou descendants de plus de 30 ans, les ascendants, collatéraux ou alliés vivant sous le même toit que le membre participant ou son conjoint, partenaire ou concubin lui-même ayant droit.

En contrepartie du versement d'une cotisation individuelle, les ayants droit d'un membre participant bénéficient des prestations et services de la Mutuelle.

L'admission d'un ayant droit prend effet à la date de signature de la demande, sauf disposition contraire formelle.

Cependant, en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, la prise en compte de l'admission demandée dans les huit mois qui suivent l'un de ces événements pourra intervenir de manière rétroactive au plus tôt le jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

Article M. 3 – Choix de la garantie santé

1. Garantie santé de base

Lors de l'adhésion, les personnes mentionnées à l'article 7 des Statuts souscrivent à la garantie santé de base de leur choix parmi celles proposées ci-dessous :

- Garanties santé de base Unéo-Référence :
 - Utile
 - Naturelle
 - Essentielle
 - Optimale
- Garanties santé de base Unéo-International, sous réserve de ne pas avoir fait valoir leurs droits à retraite :
 - Unéo Monde-Initiale
 - Unéo Monde-Globale
 - Unéo Monde-Intégrale
 - Optimonde 2*

Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'ancienne garantie de base Nouvelle-Calédonie réservée aux membres participants et/ou ayants droit qui bénéficient des prestations du régime local RUAMM (régime unifié d'assurance maladie maternité géré par la caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie : CAFAT) ne peut plus faire l'objet de nouvelles souscriptions.

Le membre participant qui a souscrit à cette garantie avant le 1^{er} janvier 2018 au profit de lui-même et/ou de ses ayants droit continue d'en bénéficier ou d'en faire bénéficier ses ayants droit, sauf résiliation. Toutefois, il ne pourra pas demander de modification à son contrat, sauf résiliation.

Les garanties santé de base Unéo-Référence s'exercent pour tous les actes de santé engagés en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion, Saint-Pierre-et-Miquelon, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Terres Australes et Antarctiques Françaises, Ile de Clipperton.

2. Garantie optionnelle

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les garanties optionnelles suivantes ne peuvent plus faire l'objet de nouvelles souscriptions :

- Renfort jeune (sous réserve d'être âgé de moins de 30 ans à la date de souscription)
- Renfort famille
- Renfort sénior
- Renfort plus

Le membre participant qui a souscrit à l'une des garanties optionnelles avant le 1^{er} janvier 2018 au profit de lui-même et de ses ayants droit éventuels (à l'exception de ceux bénéficiaires du maintien d'adhésion dit « Le Cercle Unéo ») continue d'en bénéficier ou d'en faire bénéficier ses ayants droit, sauf résiliation. Toutefois, il ne pourra pas demander de modification à son contrat, sauf résiliation.

Les garanties optionnelles s'exercent pour tous les actes de santé engagés en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion, Saint-Pierre-et-Miquelon, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Terres Australes et Antarctiques Françaises, Ile de Clipperton.

3. Garantie surcomplémentaire

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la garantie surcomplémentaire « Unéo - Extension santé », ne peut plus faire l'objet de nouvelles souscriptions.

Les dispositions suivantes sont applicables aux membres participants ayant souscrit la garantie surcomplémentaire avant le 1^{er} janvier 2018, ainsi qu'à leurs ayants droit.

La garantie surcomplémentaire, « Unéo - Extension santé », a pour objet le versement de prestations en complément des prestations servies par le régime obligatoire et par l'organisme complémentaire intervenant au titre d'un contrat collectif obligatoire, responsable et solidaire, couvrant les frais de santé.

La garantie surcomplémentaire s'exerce pour tous les actes de santé engagés en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion, Saint-Pierre-et-Miquelon, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Terres Australes et Antarctiques Françaises, Ile de Clipperton.

Le membre participant qui a changé sa garantie santé de base au profit de la garantie surcomplémentaire avant le 1^{er} janvier 2018 bénéficie, ainsi que ses ayants droit, du maintien d'adhésion à la Mutuelle, dit « Le Cercle Unéo », dans les conditions précisées aux dispositions de l'article M.13 du présent Règlement.

Le membre participant qui a souscrit à la garantie surcomplémentaire avant le 1^{er} janvier 2018 au profit de lui-même et/ou de ses ayants droit continue d'en bénéficier ou d'en faire bénéficier ses ayants droit, sauf résiliation. Toutefois, il ne pourra pas demander de modification à son contrat, sauf résiliation.

Article M. 4 – Souscription aux garanties

1. Garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International

La souscription à une garantie santé de base Unéo-Référence ou Unéo-International est acquise pour une année civile. Elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

Les garanties santé de base Unéo-Référence sont obligatoirement souscrites pour l'ensemble de la famille (membre participant et ses ayants droit).

Les garanties santé de base Unéo-International peuvent être souscrites au profit de la totalité ou de certains membres de la famille (membre participant et/ou ses ayants droit).

Les garanties santé de base Unéo-Référence sont réservées aux personnes mentionnées à l'article 7 des Statuts qui bénéficient de prestations en nature de la Sécurité sociale en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer, sauf Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna.

Les garanties santé de base Unéo-International sont réservées aux personnes mentionnées à l'article 7 des Statuts, qui n'ont pas fait valoir leurs droits à retraite et qui résident ou sont affectés à l'étranger, c'est-à-dire hors France métropolitaine et hors Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises ; avec les précisions suivantes :

- la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale » est réservée aux personnes mentionnées à l'article 7 des Statuts et/ou à leurs ayants droit qui bénéficient de prestations en nature d'un régime obligatoire de protection sociale français et/ou étranger portant sur les frais de santé et couvrant les soins à l'étranger. Un justificatif de couverture doit obligatoirement être transmis ;
- les garanties santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale » et « Unéo Monde-Globale » ne peuvent être souscrites ni par les personnes mentionnées à l'article 7 des Statuts résidant ou affectés en Chine (y compris Hong-Kong) ou aux Etats-Unis d'Amérique, ni au profit d'ayants droit résidant ou affectés dans ces mêmes pays ;
- lorsqu'un membre participant souhaite souscrire pour lui-même et/ou ses ayants droit la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Intégrale » en vue d'un séjour ou d'une affectation aux Etats-Unis, cette garantie doit obligatoirement être souscrite hors des Etats-Unis, avant le départ ;
- les garanties santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale », « Unéo-Monde Globale » et « Unéo-Monde Intégrale » ne revêtent l'agrément d'aucune autorité étrangère.

En particulier, elles ne revêtent pas l'agrément des autorités thaïlandaises permettant aux résidents en Thaïlande âgés de plus de 50 ans d'obtenir ou de renouveler les visas long séjour de type O-A et O-X.

Les garanties santé de base Unéo-International ne peuvent être souscrites par les personnes mentionnées à l'article 7.14 des Statuts.

2. Garantie optionnelle

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les garanties optionnelles « Renfort » ne peuvent plus faire l'objet de nouvelles souscriptions.

Les dispositions suivantes sont applicables aux membres participants ayant souscrit l'une des garanties optionnelles avant le 1^{er} janvier 2018, ainsi qu'à leurs ayants droit.

La souscription à une garantie optionnelle effectuée avant le 1^{er} janvier 2018 prend effet à la date de la signature du bulletin d'adhésion, sauf disposition contraire formelle.

L'adhésion est acquise pour une année civile. Elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

La garantie optionnelle est obligatoirement souscrite pour l'ensemble de la famille (membre participant et ses ayants droit) et à l'exception de ceux bénéficiaires du maintien d'adhésion dit « Le Cercle Unéo ».

Les garanties optionnelles sont réservées aux membres participants et ayants droit qui bénéficient de l'une des garanties santé de base Unéo-Référence.

Le changement de garantie vers une garantie autre qu'une garantie santé de base Unéo-Référence emporte résiliation du bénéfice de la garantie optionnelle à l'égard de l'adhérent concerné par ce changement de garantie.

3. Garantie surcomplémentaire

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la garantie surcomplémentaire ouverte aux personnes bénéficiaires d'un contrat collectif obligatoire, responsable et solidaire, couvrant les frais de santé, dit « contrat collectif complémentaire santé socle » ne peut plus faire l'objet de nouvelles souscriptions.

La souscription à la garantie surcomplémentaire effectuée avant le 1^{er} janvier 2018 est acquise pour une année civile. Elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

La garantie surcomplémentaire est réservée aux personnes mentionnées à l'article 7 des Statuts et/ou à leurs ayants droit qui sont affiliés à un contrat collectif obligatoire, responsable et solidaire, couvrant les frais de santé et ayant souscrit avant le 1^{er} janvier 2018.

4. Pièces justificatives

Lors de son adhésion ou de sa demande de changement de garantie, le membre participant doit fournir à la Mutuelle les pièces justificatives suivantes :

- le bulletin d'adhésion ou le formulaire de demande de changement de garantie dûment complété et signé ;
- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité du membre participant et/ou des ayants droit à couvrir ;
- le cas échéant, la copie de l'attestation de carte Vitale du membre participant et/ou des ayants droit à couvrir ;
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations du membre participant et/ou le cas échéant, des ayants droit de plus de seize ans à couvrir ;
- en cas de paiement des cotisations par prélèvement automatique, un mandat de prélèvement SEPA.

Pour le rattachement de ses ayants droit le membre participant doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- pour les concubins : attestation de vie commune sur papier libre signée par les deux membres du couple ;
- pour le partenaire de PACS : joindre la copie de l'attestation du PACS délivrée par l'officier d'état civil compétent, le notaire ou le consulat, ou copie de l'acte de naissance comportant la mention marginale de la conclusion du PACS ;

- pour le conjoint marié : copie du livret de famille ou de l'extrait de l'acte de mariage ;
- pour les enfants : copie de l'extrait d'acte de naissance ou du livret de famille.

Article M. 5 – Modification des garanties

1- Changement de garantie santé de base Unéo-Référence et Unéo-International

1.1 - Le changement de la garantie santé de base Unéo-Référence et Unéo-International est admis limitativement une fois par an, au 1^{er} janvier de l'année N+1, avec un délai minimal de prévenance de 2 mois.

1.2 - Exceptions

Dans les cas limitativement énumérés aux points 1.2.1 et 1.2.2, le membre participant dispose d'un délai de douze mois à compter de la date de survenance de l'un de ces événements pour demander par écrit et sur présentation des justificatifs, un changement de garantie santé de base.

1.2.1 - Modification de la situation familiale

- mariage : copie du livret de famille ou de l'extrait de l'acte de mariage ;
- divorce : copie de la transcription du jugement ou de la mention de divorce en marge de l'acte de mariage ;
- séparation : copie du jugement ou copie de l'ordonnance de non-conciliation ;
- PACS : copie de l'attestation du PACS délivrée par l'officier d'état civil compétent, le notaire ou le consulat, ou copie de l'acte de naissance comportant la mention marginale de la conclusion du PACS ;
- fin du PACS : copie de l'attestation de dissolution du PACS délivrée par l'officier d'état civil compétent, le notaire ou le consulat, ou copie de l'acte de naissance comportant la mention marginale de la dissolution du PACS ;
- concubinage : certificat de concubinage ou déclaration sur l'honneur ;
- fin du concubinage : déclaration sur l'honneur indiquant la séparation et sa date d'effet ;
- grossesse : copie de la déclaration de grossesse ;
- naissance : copie de l'acte de naissance ou photocopie du livret de famille ;
- adoption : copie du jugement ;
- reconnaissance d'un enfant : copie du jugement ;
- veuvage : copie du certificat de décès.

1.2.2 - Modification de la situation professionnelle

- fin d'activité : document attestant la fin d'activité de type chômage, retraite, licenciement etc.

1.2.3 - Autres cas

Les changements de garanties en cours d'année concernent également :

- l'affectation et/ou l'installation en outre-mer ou à l'étranger pour un motif professionnel et pour une durée supérieure à six mois ;
- l'installation en outre-mer ou à l'étranger pour un motif autre que professionnel et pour une durée supérieure à quatre mois ;
- la demande de changement de la garantie surcomplémentaire au profit d'une garantie santé de base ;
- l'évolution de la législation ou réglementation appliquée dans le pays étranger d'affectation et/ou d'installation ayant des conséquences sur la protection sociale du membre participant ;
- le retour d'affectation d'outre-mer ou de l'étranger, sous réserve de formuler la demande dans un délai de deux (2) mois à compter de la date du retour.

1.2.4 - Date d'effet de la demande

Les changements de garantie sont effectifs à la date de signature de la demande, sauf disposition contraire formelle. Cependant, en cas de naissance ou d'adoption

d'un enfant, la prise en compte du changement demandé dans les huit mois qui suivent l'un de ces événements pourra intervenir de manière rétroactive au plus tôt le jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Dans le cas d'une naissance ou d'une adoption, le changement de garantie est subordonné à l'inscription de l'enfant en qualité d'ayants droit.

En cas d'affectation et/ou d'installation en outre-mer ou à l'étranger pour un motif professionnel, le changement demandé dans les deux mois qui suivent l'un de ces événements, prend effet le 1^{er} jour de l'affectation et/ou de l'installation et cesse au 1^{er} jour suivant la fin de l'affectation et/ou de l'installation en outre-mer ou à l'étranger.

En cas d'installation pour un motif autre que professionnel et pour une durée supérieure à quatre mois en outre-mer ou à l'étranger, le changement demandé dans les deux mois qui suivent l'un de ces événements prend effet au 1^{er} jour de l'installation sur le territoire et cesse au 1^{er} jour suivant le départ du territoire.

2 - Changement de garantie surcomplémentaire

Le changement de la garantie surcomplémentaire au profit d'une garantie santé de base prend effet à la date de signature de la demande, sauf disposition contraire formelle.

Article M. 6 – Carte de mutualiste

La Mutuelle fait parvenir tous les ans aux membres participants ou leur met à disposition sur un espace personnel sécurisé sur le site de la Mutuelle une carte de mutualiste. Cette dernière est établie au vu des éléments actualisés qui lui sont transmis par les adhérents. Elle est accompagnée d'un document précisant le montant des cotisations, leur nature et l'objet.

Figurent notamment sur ce document :

- les nom, prénom, date de naissance du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit ;
- le numéro d'adhésion et/ou le numéro de contrat ;
- la période de validité des droits ouverts sur la carte ;
- la garantie santé de base choisie, les taux et barèmes des prestations correspondantes.

Article M. 7 – Adhésions particulières

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant bénéficiaire soit d'une garantie santé, soit du maintien d'adhésion dit « Le Cercle Unéo » dans les conditions définies à l'article M. 13, dans un délai de douze mois suivant la date de retrait du contrat :

- les conjoints séparés, divorcés ayants droit radiés,
 - ainsi que les conjoints, partenaires ou concubins ayants droit radiés,
- d'un membre participant.

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant bénéficiaire soit d'une garantie santé, soit du maintien d'adhésion dit « Le Cercle Unéo » dans les conditions définies à l'article M. 13, les enfants radiés du contrat d'un membre participant et/ou les enfants d'un conjoint, partenaire ou concubin ayant droit d'un membre participant, radiés du contrat de ce membre participant.

Article M. 8 – Renonciation

Conformément à l'article L. 223-8 du Code de la mutualité, le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet. La renonciation entraîne le remboursement des cotisations par la Mutuelle et des prestations perçues par l'adhérent. Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, ou par téléphone, dans les termes suivants : « *Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'adhésion à la mutuelle Unéo. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la présente. Je m'engage, le cas échéant, à rembourser à la Mutuelle le montant des prestations perçues* ».

Article M. 9 – Démission

1. Démission annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, ou par téléphone, au moins deux mois avant la fin de chaque année civile. La démission prend effet le premier janvier suivant.

La démission ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

2. Dénonciation infra-annuelle

Le membre participant peut dénoncer son adhésion au présent Règlement à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, ou par téléphone.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

La Mutuelle rembourse le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Le membre participant, souscripteur de la garantie surcomplémentaire avant le 1^{er} janvier 2018, peut mettre fin à son adhésion, à tout moment, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, en cas de perte du bénéfice du contrat collectif complémentaire santé socle au cours de la première année de souscription. La démission prend effet le premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle d'un justificatif de la perte du bénéfice du contrat collectif complémentaire santé socle.

La démission du membre participant entraîne la radiation de ses ayants droit ainsi que la résiliation de l'ensemble des garanties santé de base, optionnelles et surcomplémentaire souscrites.

Article M. 10 – Résiliation des garanties optionnelles

Le membre participant peut résilier sa garantie optionnelle, tous les ans en adressant une notification par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité à la Mutuelle, ou par téléphone, au moins deux mois avant la fin de chaque année civile. La résiliation prend effet le premier janvier suivant.

Le membre participant peut résilier sa garantie optionnelle après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, ou par téléphone.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

La résiliation des garanties optionnelles du membre participant entraîne la cessation du bénéfice de ces garanties à l'égard du membre participant et de ses ayants droit. La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Article M. 11 – Radiation

Conformément aux dispositions de l'article 9 bis des statuts, la mutuelle Unéo peut engager la procédure de radiation en vue de mettre un terme à tout engagement contractuel à l'égard d'un membre participant et de ses ayants droit pour défaut de paiement des cotisations depuis trois mois à compter de la date d'échéance de la première cotisation impayée.

Le membre participant radié pour défaut de paiement ne peut adhérer de nouveau à la Mutuelle qu'à la condition d'avoir réglé les arriérés de cotisations.

Tout ayant droit peut être radié du contrat, sur demande du membre participant, au moyen d'une lettre simple, avec effet à la date de signature de la demande, sauf disposition contraire formelle.

Article M. 12 – Exclusion

Conformément aux dispositions de l'article 9 ter des statuts, la Mutuelle peut prononcer une sanction pouvant aller jusqu'à l'exclusion d'un membre participant ayant intentionnellement fait de fausses déclarations ou ayant sciemment omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance.

Article M. 13 – Maintien d'adhésion à la Mutuelle dit « Le Cercle Unéo »

Les adhérents ayant souscrit une garantie santé de base du présent règlement à compter du 20 mai 2022 ne peuvent plus bénéficier du maintien d'adhésion à la Mutuelle dit « Le Cercle Unéo ».

Le membre participant qui a adhéré au maintien d'adhésion à la Mutuelle dit « Le Cercle Unéo » avant le 20 mai 2022 continue d'en bénéficier sans interruption, sauf résiliation.

1. Le membre participant bénéficiant d'une garantie santé de base du présent règlement avant le 20 mai 2022 et couvert par un contrat collectif et obligatoire lié à son emploi, ou couvert en tant qu'ayant droit à titre obligatoire par le contrat collectif auquel son conjoint est affilié, peut bénéficier du maintien de son adhésion à la Mutuelle.
2. Tout ayant droit bénéficiant d'une garantie santé de base du présent règlement avant le 20 mai 2022 peut, à la demande du membre participant, bénéficier du maintien d'adhésion.
3. Le membre participant peut demander sa réintégration et/ou celle de ses ayants droit au plus une fois par an. La réintégration prend effet à la date de signature de la demande, sauf disposition contraire formelle. Toutefois, le membre participant ne peut demander sa réintégration et/ou celle de ses ayants droit pour la garantie santé de base Nouvelle-Calédonie, les garanties optionnelles (« Renforts Jeune, Famille, Sénior, Plus ») et la garantie surcomplémentaire (« Unéo - Extension santé »).
4. Le membre participant s'acquitte d'une cotisation unique quel que soit le nombre de bénéficiaires (membre participant et/ou ayants droit) en situation de maintien d'adhésion, selon la périodicité convenue (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) durant le maintien d'adhésion.
5. Les adhérents en situation de maintien d'adhésion bénéficient à ce titre de la documentation diffusée par Unéo. Ils peuvent également souscrire à d'autres contrats facultatifs si ces derniers le prévoient, sous réserve d'acquitter les cotisations correspondantes.

Les adhérents en situation de maintien d'adhésion au 1^{er} janvier 2021 et qui bénéficient de la garantie « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès »⁽¹⁾ à cette date, continuent de bénéficier de ladite garantie en contrepartie du paiement des cotisations correspondantes.

Les adhérents qui demandent le bénéfice du maintien d'adhésion dans les conditions définies aux 1. et 2. ci-dessus à compter du 20 mai 2022 peuvent continuer à bénéficier de la garantie « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès ».

6. Le maintien d'adhésion prend effet, au plus tôt, à la date de signature de la demande, sauf disposition contraire formelle.
7. Le maintien d'adhésion d'un membre participant concerne, selon son choix, soit le seul membre participant, soit le membre participant et tout ou partie de ses ayants droit.

8. Le maintien d'adhésion emporte suspension de la garantie santé de base et, le cas échéant, résiliation de la garantie optionnelle.
9. Le maintien d'adhésion ne constitue pas un changement de garantie.

Chapitre 2 : Obligations des adhérents envers la Mutuelle - Cotisations

Article M. 14 – Etablissement de la cotisation

1. Principes généraux

La cotisation annuelle globale applicable à chaque bénéficiaire résulte des garanties souscrites par le membre participant, de la tranche d'âge et, le cas échéant, de la zone de résidence dans lesquelles se situe le bénéficiaire (voir barèmes).

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations afférentes aux contrats collectifs à adhésion obligatoire ou facultative.

Pour déterminer la zone de résidence de chaque bénéficiaire, il est tenu compte du pays de résidence, d'exercice ou d'affectation déclaré sur le bulletin d'adhésion.

Cette cotisation individuelle prend en compte, hors les garanties santé de base Unéo-International, la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA).

La cotisation est majorée d'une cotisation permettant de bénéficier de l'indemnité offerte aux militaires en position de non-activité pour raison de santé et, le cas échéant, des primes du contrat collectif obligatoire « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès »⁽¹⁾ souscrit auprès d'un organisme de prévoyance.

2. Exonérations pour les garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International, les garanties optionnelles et la garantie surcomplémentaire

Pour les familles de plus de 2 enfants, une cotisation est due uniquement pour les enfants de rangs 1 et 2 (les plus âgés), bénéficiaires du contrat santé ; aucune cotisation santé n'est due pour les enfants de rang supérieur.

Article M. 15 – Paiement de la cotisation

1. Principe

Par suite de son adhésion à la Mutuelle, le membre participant est redevable d'une cotisation annuelle globale. Le membre participant est seul responsable du paiement de la cotisation pour lui-même et ses ayants droit.

2. Paiement de la cotisation

La cotisation est réglée selon l'une des modalités suivantes :

- par prélèvement sur le compte courant du membre participant selon la périodicité convenue (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) ;
- par TIP-SEPA (Titre Interbancaire de Paiement – Single Euro Payment Area) à périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle ;
- par carte bancaire via le service de paiement accessible depuis l'espace personnel du membre participant, à périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Aucun règlement ne peut être effectué en numéraire.

La cotisation est réalisée à terme à échoir, selon la périodicité indiquée soit sur le titre servant d'appel à cotisations, soit sur l'avis d'échéance annuel.

3. Dispense de paiement des cotisations

Le membre participant est dispensé du règlement des cotisations du foyer en cas de captivité ou de disparition, en relation avec des opérations militaires.

⁽¹⁾ Dans les conditions et modalités figurant au sein de la notice d'information du Partenaire.

Pendant la durée de cette situation, il n'a pas droit, pour lui-même, aux avantages statutaires de la Mutuelle, mais ils sont conservés pour ses ayants droit. Il recouvre ceux-ci de plein droit, à son retour, dès qu'il reprend le paiement de sa cotisation. A défaut, à l'expiration du délai d'un an à compter de son retour, sa radiation est proposée par le conseil d'administration.

Article M. 16 – Changement de situation personnelle ou professionnelle

Le membre participant est tenu d'informer par écrit la Mutuelle de tout changement intervenu dans sa situation personnelle ou professionnelle (pays de résidence, d'exercice ou d'affectation, de banque, mariage, PACS, naissance, séparation, divorce, bénéfice de la Complémentaire santé solidaire, etc.), ainsi que celle de ses ayants droit, dans le mois qui suit ce changement, accompagné des justificatifs afférents.

Chapitre 3 - Obligations de la Mutuelle envers ses adhérents : Prestations

Article M. 17 – Principes

La Mutuelle ne peut instituer en faveur de certains membres participants un avantage particulier qui ne serait pas justifié notamment par :

- les risques encourus ;
- les cotisations versées ;
- la situation de famille ;
- le choix de l'adhérent de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel la Mutuelle a conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la sécurité sociale.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leur cotisation.

Ils ont droit, pour eux-mêmes et pour les ayants droit qui leur sont rattachés, aux prestations, allocations ou indemnités à l'occasion de maladies et, sous conditions, en cas de naissance ou de décès.

Article M. 18 – Ouverture des droits à prestations

1. Membre participant payant directement ses cotisations : pour celui-ci et ses ayants droit, le non-paiement des cotisations entraîne la suppression du versement des prestations.
2. Si le membre participant obtient des prestations sans remplir les conditions exigées, la Mutuelle est fondée à poursuivre le remboursement des sommes indûment perçues ou à en imputer le montant sur les prestations qui seraient dues ultérieurement.

Article M. 19 – Paiement des prestations

1. Principes généraux applicables à l'ensemble des garanties santé

Les prestations auxquelles peuvent prétendre le membre participant et les ayants droit qui lui sont rattachés, sont présentées dans les tableaux des prestations et, le cas échéant, dans les notices d'information des partenaires.

Le paiement des prestations de frais de santé est subordonné à la présentation :

- des décomptes du régime obligatoire, sauf dans le cas de la procédure du tiers payant,
- le cas échéant, des factures acquittées précisant le code de regroupement,
- le cas échéant, des décomptes de remboursement opérés par d'autres organismes d'assurance maladie complémentaire,
- le cas échéant, de tout autre document demandé par la Mutuelle.

Légalement, la Mutuelle intervient en complément d'un régime de Sécurité sociale, excepté pour les actes sur lesquels sa participation s'effectue dès le premier euro. Les tableaux de prestations précisent cette différenciation.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale (remboursement de tout régime obligatoire ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger portant sur les frais de santé et/ou de la mutuelle Unéo au titre d'une garantie santé de base).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les plafonds forfaitaires non utilisés en totalité ne donnent pas lieu à un report sur les années suivantes.

En cas de trop perçu par l'adhérent, la Mutuelle est fondée à poursuivre auprès de celui-ci le remboursement des sommes indûment perçues ou à en imputer le montant sur les prestations qui lui seraient dues ultérieurement.

2. Règles spécifiques applicables à certaines garanties santé

Pour les garanties santé de base Unéo-Référence, les garanties optionnelles et la garantie surcomplémentaire, les prestations sont exprimées soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (d'un régime obligatoire métropolitain ou CPS), soit forfaitairement en euros dans la limite des plafonds du contrat responsable.

Le paiement de certaines prestations des garanties santé de base Unéo-International Unéo-Monde est subordonné à une demande d'entente préalable. Les tableaux de prestations précisent les soins soumis à l'obligation d'entente préalable.

Les remboursements au titre de la garantie surcomplémentaire viennent sous déduction des remboursements opérés par le régime d'assurance maladie obligatoire et le(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels.

Le paiement des prestations de la garantie surcomplémentaire est subordonné à la présentation des décomptes du régime obligatoire, des décomptes de prestations au titre du contrat collectif complémentaire santé socle, des factures acquittées et, le cas échéant, des prescriptions médicales.

Article M. 20 – Liquidation des dossiers

1. Paiement des prestations

Tous les paiements sont effectués principalement par virement sur un compte indiqué par le membre participant ou sur celui de ses ayants droit de plus de seize ans qui peuvent légalement percevoir les prestations de la Mutuelle à titre personnel.

Toutefois, il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicte, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

2. Tiers payant

Dans le cas de la procédure du tiers payant, les paiements sont effectués directement auprès du professionnel de santé ou du prestataire de service. Le bénéfice des accords ou conventions de tiers payant est acquis aux bénéficiaires de la Mutuelle sur présentation de leur carte d'immatriculation à la Mutuelle en cours de validité, au moins, pour les garanties santé respectant les dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable, à hauteur du tarif de responsabilité pour les prestations prévues à titre obligatoire par la réglementation précitée.

La Mutuelle se réserve le droit d'en refuser le bénéfice :

- pour les prestations qui excèdent les obligations relatives au contrat responsable prévues par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- dans le cadre des procédures de contrôle liées à la gestion du risque, pour les prestations non prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables.

Le refus du bénéfice de la procédure de tiers payant ne peut être généralisé à l'égard d'un adhérent.

La liste des professionnels de santé et établissements de soins avec lesquels la Mutuelle a passé des accords ou conventions de tiers payant est tenue à jour par les services de la Mutuelle.

A la cessation des garanties, le membre participant doit restituer sa carte de tiers payant dans les meilleurs délais et en informer les professionnels de santé. A défaut, les sommes avancées à tort par la Mutuelle pour le compte de ce dernier seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu dans un délai de cinq ans à compter de la date de paiement de la prestation indu conformément aux articles 1302 et 2224 du Code civil. En cas d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

3. Relevé de prestations

Les relevés de prestations sont adressés aux adhérents ou mis à leur disposition sur un espace personnel sécurisé sur le site de la Mutuelle, trimestriellement et sans frais spécifique. Cependant, si un adhérent bénéficie, sur un seul mois, de remboursements supérieurs à un montant déterminé chaque année par la Mutuelle, un relevé intermédiaire lui est alors adressé. Toutefois, pour les garanties santé de base Unéo-International « Unéo-Monde », les relevés de prestations sont adressés sur demande de l'adhérent.

Article M. 21 – Forclusion

Les demandes de paiement de prestations ou allocations accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, soit à compter de la date du remboursement du régime obligatoire ou, à défaut de remboursement du régime obligatoire, de la date de la facture acquittée pour les demandes de remboursement de frais de santé.

Les dossiers ayant une antériorité maximum de trois années pleines, à compter de la date de l'événement qui y donne naissance, peuvent après un examen particulier faire l'objet d'un remboursement.

Article M. 22 – Indemnisation par un autre moyen

Les maladies et blessures imputables au service, celles indemnisées ou pouvant donner lieu à indemnisation en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou en vertu de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ne donnent droit aux prestations des garanties que pour la partie des prestations non couverte par ces situations.

Article M. 23 – Dispositions particulières

1. Garantie « Maintien d'autonomie / Dépendance et décès »

- Une garantie « **Décès** » assurée par un partenaire est incluse aux garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International et régie selon les conditions et modalités figurant au sein de la notice d'information établie à cet effet par le partenaire.

Cependant, il est rappelé qu'il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation (article L. 132-3 du Code des assurances).

- Une garantie « **Maintien d'autonomie et Dépendance** » assurée par un partenaire est incluse aux garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International et régie selon les modalités figurant au sein de la notice d'information établie à cet effet par le partenaire.

- a) Sont assurés à la garantie au 1^{er} janvier 2013, le membre participant et son conjoint, partenaire de PACS ou son concubin notoire déjà dûment inscrits au contrat Santé ou en maintien d'adhésion au 31 décembre 2012 :

- dès lors qu'ils sont âgés de moins de 65 ans et qu'ils remplissent les conditions suivantes au 31 décembre 2012 :
 - ne pas être invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale,
 - et ne pas être dépendant classé dans le groupe iso-ressources (GIR) 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou en cours de demande de l'APA ;
- dès lors qu'ils sont âgés de 65 ans ou plus et qu'ils certifient sur l'honneur avant le 31 décembre 2012 :
 - pouvoir effectuer de manière spontanée les 4 Actes de la Vie Quotidienne (se déplacer, s'alimenter, se laver, s'habiller),
 - et ne pas être invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale,
 - et ne pas être dépendant classé en GIR 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.

b) À compter du 1^{er} janvier 2013, sont assurés dès leur adhésion à la garantie santé de la Mutuelle, le membre participant et son conjoint, partenaire de PACS ou son concubin notoire dûment inscrits au contrat santé ou en maintien d'adhésion :

- dès lors qu'ils sont âgés de moins de 65 ans et qu'ils remplissent les conditions suivantes au moment de l'adhésion à la garantie santé ou en maintien d'adhésion :
 - ne pas être invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale,
 - et ne pas être dépendant classé en GIR 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.
- dès lors qu'ils sont âgés de 65 ans ou plus et qu'ils certifient sur l'honneur au moment de l'adhésion à la garantie santé ou en maintien d'adhésion :
 - pouvoir effectuer de manière spontanée les 4 Actes de la Vie Quotidienne (se déplacer, s'alimenter, se laver, s'habiller),
 - et ne pas être invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité sociale,
 - et ne pas être dépendant classé en GIR 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.

Le membre participant et son ayant droit conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS sur un autre contrat santé de la Mutuelle ne pourront pas cotiser et prétendre au bénéfice de la garantie « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » sur les deux contrats.

2. Rente éducation

Les militaires en activité de service au sens du statut général des militaires, membres participants bénéficiaires des garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International, **à l'exclusion des militaires placés en maintien d'adhésion**, acquittent une cotisation obligatoire particulière pour bénéficier de la garantie ayant pour objet le versement en cas de décès d'une rente éducation dans les conditions définies ci-après.

Les volontaires ayant souscrit un engagement à servir dans la réserve opérationnelle auprès de l'autorité militaire, ainsi que les peintres des armées visés à l'article 7.12 des statuts de la Mutuelle, membres participants, bénéficiaires des garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International, **à l'exclusion de ceux placés en maintien d'adhésion**, peuvent acquitter une cotisation particulière pendant la durée de leur engagement à servir, pour bénéficier de cette garantie.

Cette rente est versée mensuellement, en cas de décès accidentel du membre participant en service, aux orphelins justifiant de la poursuite d'études secondaires ou supérieures, stages de formation professionnelle ou contrat d'apprentissage. Cette rente est versée aux orphelins âgés de 16 ans minimum et sur une durée maximale de 4 ans, sous réserve de ne pas avoir atteint l'âge de 26 ans.

Une participation aux excédents est déterminée globalement au 31 décembre de chaque année, conformément aux articles L. 223-25-5 et D. 223-3 et suivants du Code de la mutualité. Le montant minimal de la participation aux excédents attribué à l'ensemble des contrats de rente éducation est égal à la somme de 85% des produits financiers nets dégagés

au cours de l'exercice au titre des actifs représentatifs des engagements et du solde de la gestion technique s'il est débiteur ou de 90% de ce solde s'il est créancier. La participation aux excédents ainsi déterminée est affectée soit à la revalorisation immédiate des rentes, soit à la provision pour participation aux excédents qui sera distribuée ultérieurement dans un délai maximal de 8 années.

3. Autres dispositions

En cas de décès du membre participant survenant à la suite d'un suicide durant la première année d'adhésion, la garantie en cas de décès est de nul effet.

Cependant, certaines prestations prévues au présent règlement mutualiste peuvent être accordées aux ayants droit.

Article M. 24 – Affiliation à un autre régime d'indemnisation

Le membre participant ou ses ayants droit ayant déjà perçu des prestations d'un autre régime d'indemnisation (autres mutuelles, régime d'assurances, régime obligatoire ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger portant sur les frais de santé), doit joindre à sa demande de remboursement l'original des volets de décompte faisant ressortir les remboursements complémentaires effectués par cet organisme et un relevé détaillé des dépenses engagées.

Article M. 25 – Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et ses ayants droit victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article M. 26 – Inaptitude à servir. Indemnité de perte de solde

Les militaires en activité de service au sens du statut général des militaires, membres participants, bénéficiaires des garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International, **à l'exclusion des militaires de réserve et des militaires placés en maintien d'adhésion**, acquittent une cotisation particulière pour bénéficier de l'indemnité de perte de solde versée aux militaires en position de non-activité pour raison de santé, au sens du même texte. La position de non-activité correspond à celle visée au sein des dispositions du livre I^{er} du Code de la défense portant sur le statut général des militaires et plus particulièrement l'article L.4138-11 du code précité.

Cette indemnité est versée aux militaires précités lorsqu'ils subissent une réduction de leur solde indiciaire brute du fait de leur placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie. Elle ne couvre pas la perte des primes.

Elle peut être attribuée, dans ces deux situations, lorsque l'affection qui en est la cause n'est pas imputable au service, pendant les deux années durant lesquelles la solde est réduite⁽¹⁾. Lorsque l'affection est imputable au service, l'indemnité peut être versée, en cas de mise en congé de longue durée pour maladie, pendant les trois années durant lesquelles la solde est réduite⁽¹⁾.

Toute adhésion avec une date d'effet postérieure à la date du placement initial en position de non-activité n'ouvre pas droit à cette indemnité.

Cette indemnité vient en complément de la solde réduite, de façon à porter l'ensemble à hauteur du choix exprimé par le membre participant parmi les trois options suivantes :

- Option 1 : 75 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net ;
- Option 2 : 80 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100% du net, avec un minimum de 500 € par mois ;
- Option 3 : 90% de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100% du net.

S'il omet de choisir, l'option 1 lui est appliquée d'office.

L'indice de solde retenu pour le calcul des cotisations de l'année est celui détenu au 31 août de l'année précédente. En l'absence de communication de cet indice avant le 1^{er} janvier de l'année N, ce calcul s'effectuera sur la base de l'indice connu ou, à défaut, l'indice le plus bas en vigueur au 31 août de l'année précédente.

Le calcul des prestations s'effectue sur la base de l'indice de solde utilisé pour le calcul des cotisations de l'année.

A l'occasion de chaque renouvellement annuel, le membre participant sera sollicité afin de fournir à la Mutuelle les bulletins de solde et tout autre élément permettant d'actualiser le calcul des cotisations.

Le montant de l'indemnité est fonction de l'option à laquelle le membre participant cotise au moment de la réalisation du fait générateur au titre duquel le versement de l'indemnité intervient.

Le choix de l'option est annuel et son éventuel changement suit la procédure instituée pour les garanties santé de base Unéo-Référence et Unéo-International.

Le changement d'option à la hausse ne peut être effectué si le membre participant est déjà en position de non-activité, en congé maladie, ou en congé du blessé.

Toutefois, durant la période de versement de l'indemnité, le changement d'option ne peut intervenir.

Le versement de cette indemnité intervient à compter du premier mois où la solde indiciaire brute subit cette réduction. Il est poursuivi tant que cette réduction est maintenue et tant que dure la position de non-activité, dans la limite de 36 mois consécutifs.

Le membre participant doit solliciter la Mutuelle pour le paiement de cette indemnité.

La demande doit être accompagnée des pièces justifiant la réduction de la solde indiciaire brute, à savoir la décision de placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie, ainsi que les bulletins de solde faisant apparaître la réduction de la solde.

Si le membre participant est rétabli dans ses droits à solde sans réduction, il est tenu de rembourser les sommes indûment versées par la Mutuelle au titre de cette indemnité.

Les indemnités versées au membre participant par un autre organisme assureur (soumis au Code des assurances, au Code de la Sécurité sociale ou au Code de la mutualité) du fait de son placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie sont déduites du montant des prestations versées par la Mutuelle.

Les autres revenus perçus par le membre participant, notamment ceux perçus éventuellement dans le cadre d'un dispositif de réinsertion sociale et professionnelle, seront également déduits du montant de l'indemnité de perte de solde versée par la Mutuelle.

Article M. 27 – Rapatriement et Assistance

Les membres participants et leurs ayants droit qui bénéficient d'une garantie santé de base Unéo-Référence, peuvent prétendre à une garantie d'assistance et rapatriement, en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile, de panne domestique, de passage à la vie civile, de mutation professionnelle, de décès d'un proche ou décès imminent d'un proche. Les conditions de son attribution et de sa distribution sont précisées par la notice d'information du partenaire correspondante.

Les membres participants et/ou les ayants droit bénéficiaires d'une garantie santé de base Unéo-International « Unéo-Monde », peuvent prétendre à une garantie spécifique d'assistance et de rapatriement définie dans la notice d'information du partenaire correspondante.

Les bénéficiaires du contrat collectif « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » peuvent prétendre à des garanties d'assistance spécifiques définies dans la notice d'information du partenaire.

Article M. 28 – Contrôle

La Mutuelle peut exiger de ses membres la production ou la communication de toutes les pièces qui lui sont nécessaires pour liquider leurs droits, fixer le montant des aides sociales ou secours exceptionnels qu'ils sollicitent, ou apprécier la réalité de leurs déclarations.

Elle s'interdit de leur réclamer toute pièce et tout renseignement qui ne lui sont pas strictement indispensables ; elle est tenue de respecter le caractère confidentiel des informations d'ordre privé, notamment médical et social, dont elle serait amenée à avoir connaissance.

De plus, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Les membres participants qui, sans motif reconnu valable par le conseil d'administration, refusent de donner satisfaction aux demandes de la Mutuelle :

- perdent le droit aux prestations, services ou aides sociales correspondant aux pièces ou renseignements qu'ils ne veulent pas produire ou donner ;
- font l'objet de poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment perçues, sans préjudice des sanctions prévues aux statuts.

En cas de fraude dûment constatée, il pourra être fait application des articles L. 221-14 ou L. 221-15 du Code de la mutualité.

Article M. 29 – Libre choix du malade

Le malade a le libre choix des praticiens, établissements de soins, laboratoires et fournisseurs. Il peut utiliser la procédure de remboursement par tiers payant lorsque celle-ci est prévue par convention, conformément aux dispositions du règlement mutualiste.

Chapitre 4 : Fonds social

Article M. 30 – Définition

Conformément à la mission d'aide et de solidarité de la Mutuelle prévue à l'article 3 des statuts, des aides exceptionnelles au titre de l'action sociale peuvent être accordées, par une Commission spécialisée sur délégation du conseil d'administration, aux membres participants et/ou à leurs ayants droit.

Article M. 31 – Fonctionnement

Le fonds social fait l'objet d'un budget prévisionnel pour l'année N+1 spécifique voté annuellement par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale, sous réserve de résultats suffisants de la Mutuelle au 31 décembre de l'année N. L'engagement du budget pour le premier semestre de l'année N+1, correspondant à 60% du budget prévisionnel, est réalisé par le dernier conseil d'administration de l'année N. L'engagement du budget pour le second semestre de l'année N+1, correspondant à 40% du budget prévisionnel, est réalisé par le conseil d'administration à la suite de l'approbation des

comptes de l'année N. L'assemblée générale de l'année N+2 ratifie les dépenses d'action sociale de l'année N+1.

Article M. 32 – Champ d'intervention

Le fonds social peut intervenir après évaluation de la situation sociale pour le versement :

- a) d'une aide exceptionnelle frais de santé
Cette aide peut être versée aux membres participants et/ou aux ayants droit pour une prise en charge des frais de santé non couverts ou couverts partiellement par l'assurance maladie et/ou par la Mutuelle.
- b) d'une aide naissance ou adoption
Il peut être versé une aide unique lors de la naissance ou l'adoption d'un enfant ayant droit d'un membre participant afin de concourir à la prise en charge des divers frais engagés lors de cet évènement.
- c) d'une aide obsèques
Une aide unique pendant toute la durée du contrat peut être versée, sur présentation de justificatifs des frais engagés pour les obsèques :
 - soit au membre participant en cas de décès de son conjoint, partenaire ou concubin ayant droit, âgé de plus de 65 ans ;
 - soit au conjoint, partenaire ou concubin, ayant droit du membre participant, en cas de décès du membre participant âgé de plus de 65 ans ;
 - soit au membre participant en cas de décès de son conjoint, partenaire ou concubin ayant également la qualité de membre participant, âgé de plus de 65 ans.
- d) d'une aide financière lors du décès des enfants de moins de douze ans, des majeurs en tutelle, des personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation ;
- e) d'une aide financière pour les enfants orphelins :
 - les enfants devenus orphelins des deux parents postérieurement à leur adhésion à la Mutuelle peuvent bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé ;
 - les enfants devenus orphelins de l'un des deux parents postérieurement à leur adhésion à la Mutuelle peuvent bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé ;
- f) d'une aide financière pour les enfants pupilles de l'Etat ou de la Nation : les enfants titulaires du statut de pupille de l'Etat ou de la Nation postérieurement à leur adhésion à la Mutuelle peuvent bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé ;
- g) d'une aide financière en cas de handicap :
 - les enfants ayants droit à charge devenus handicapés postérieurement à leur adhésion à la Mutuelle avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 % peuvent bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé ;
 - l'adulte handicapé enfant de membre participant et ancien ayant droit de ce dernier, devenu à son tour membre participant dans les conditions de l'article 7 des statuts, peut bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé ;
 - le membre participant devenu handicapé postérieurement à son adhésion à la Mutuelle, à la suite d'une blessure en service avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80%, peut bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé ;
- h) d'une aide financière en cas de veuvage : l'adhérent devenu veuf/veuve postérieurement à son adhésion à la Mutuelle peut bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de la cotisation aux garanties santé, à compter du 1^{er} jour suivant le décès.
Les dispositions précisées ci-dessus s'appliquent au partenaire survivant d'un membre participant qui devient adhérent à la Mutuelle.
Elles s'appliquent également au membre participant dont le conjoint ou partenaire de Pacs est décédé.

Les conditions d'intervention et de versement de ces aides sont définies chaque année par la Mutuelle, dans la limite du budget spécifique alloué annuellement au fonds social.

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article M. 33 – Loi applicable - Réclamations et médiation

La loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant et au présent Règlement mutualiste est la loi française.

La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant la durée de l'adhésion.

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un adhérent envers la Mutuelle.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (Recommandation de l'ACPR n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016).

En cas de difficulté liée à l'application ou l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent doit formuler sa réclamation par écrit à l'adresse suivante : Unéo Mon service client, TSA 81415, 53106 MAYENNE CEDEX, ou par courrier électronique via la rubrique contact de l'espace adhérent du site Internet www.groupe-uneo.fr.

Une réponse définitive du Service Réclamations Adhérents sera apportée à l'adhérent dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date de réception de sa réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée à sa réclamation, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française en adressant sa demande par écrit à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS CEDEX 15, ou via le site internet www.mediateur-mutualite.fr.

Article M. 34 – Informatique et libertés

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, (« dit règlement général sur la protection des données »), le membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

1. Les données à caractère personnel du membre participant, et le cas échéant de ses ayants droit et bénéficiaires, peuvent être collectées et traitées au titre de :
 - l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant, et le cas échéant de ses ayants droit et bénéficiaires ;
 - l'adhésion, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de Sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit et bénéficiaires pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
 - la promotion d'actions de prévention en matière de santé ;
 - la mise en œuvre d'opérations de prospection commerciale et de fidélisation, à destination du membre participant, la gestion des avis du membre participant sur les produits, services ou contenus proposés par la Mutuelle ;
 - la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
 - l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Le membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant, et concernant ses ayants droit et bénéficiaires, sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du membre participant et de ses ayants droit et bénéficiaires peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

Par principe, la Mutuelle ne communique pas d'informations à caractère personnel à des partenaires commerciaux. Cette communication ne se fait que si la personne concernée y consent.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées. À cet égard, la Mutuelle attache une importance particulière au respect des mesures spécifiques issues du Code de la défense en matière de protection des données des personnels militaires.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle et pendant la durée légale qui suit son terme.

2. En application de la réglementation en vigueur, le membre participant, ses ayants droit et bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité et le cas échéant de suppression des données les concernant et peuvent s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ils peuvent également définir des directives pour leurs données en cas de décès.

Le membre participant dispose de la possibilité de créer un espace adhérent sur le site Internet de la Mutuelle dans lequel il peut aisément affiner ses choix en matière de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés sur simple demande écrite adressée au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la Mutuelle, par courrier au 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex ou par courriel à : protection.des.donnees@groupe-uneo.fr, et en justifiant d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, la personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07).

Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement sur Bloctel, la liste d'opposition au démarchage téléphonique (décret n° 2015-556 du 19 mars 2015 relatif à la liste d'opposition au démarchage téléphonique).

Article M. 35 – Prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les

personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

En application de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'assuré par la Mutuelle) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article 2224 du Code civil, toute action en répétition des prestations indûment versées se prescrit par cinq ans à compter du jour où la Mutuelle a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer.

Article M. 36 – Lutte contre le blanchiment des capitaux

La Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente toutes sommes ou opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme.

La Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires auprès de l'adhérent et/ou des ayants droit et/ou bénéficiaires se rapportant notamment à leur identité ou à la provenance des fonds.

Article M. 37 – Modification du règlement mutualiste

L'adhérent est informé de la modification de ses droits et obligations dans les conditions prévues à l'article 46 des statuts de la mutuelle.

Article M. 38 – Organisme de contrôle

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

Barème des cotisations mensuelles pour l'année 2023

I. Cotisations santé de base des garanties Unéo-Référence par bénéficiaire

Âge	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
0 à 4 ans	15,08 €	16,90 €	17,27 €	44,63 €
5 à 9 ans	15,08 €	16,90 €	17,27 €	44,63 €
10 à 14 ans	17,62 €	19,67 €	20,12 €	44,63 €
15 à 19 ans	20,08 €	25,34 €	25,95 €	44,63 €
20 à 24 ans	21,55 €	34,65 €	44,13 €	67,87 €
25 à 29 ans	26,64 €	37,44 €	52,67 €	72,75 €
30 à 34 ans	41,80 €	45,15 €	60,83 €	80,27 €
35 à 39 ans	44,74 €	49,33 €	65,92 €	85,15 €
40 à 44 ans	48,96 €	55,12 €	71,10 €	91,69 €
45 à 49 ans	56,01 €	62,26 €	78,38 €	98,08 €
50 à 54 ans	64,44 €	66,49 €	85,66 €	119,19 €
55 à 59 ans	70,58 €	72,62 €	93,03 €	126,95 €
60 à 64 ans	74,69 €	78,26 €	100,28 €	139,74 €
65 à 69 ans	80,42 €	84,81 €	106,89 €	143,98 €
70 ans et +	80,42 €	85,62 €	107,91 €	143,98 €

II. Cotisations santé de base de la garantie Unéo-International « Optimonde 2* » par bénéficiaire

Âge	Optimonde 2*
0 à 4 ans	17,05 €
5 à 9 ans	17,05 €
10 à 14 ans	23,68 €
15 à 19 ans	65,38 €
20 à 24 ans	75,35 €
25 à 29 ans	76,63 €
30 à 34 ans	81,46 €
35 à 39 ans	88,62 €
40 à 44 ans	96,13 €
45 à 49 ans	108,34 €
50 à 54 ans	114,35 €
55 à 59 ans	122,17 €
60 à 64 ans	136,00 €
65 ans et plus	145,65 €

III. Cotisations santé de base des garanties Unéo-International « Unéo-Monde » par bénéficiaire

« Unéo Monde-Initiale »					
Âge	Pays de résidence, d'exercice ou d'affectation du bénéficiaire				
	Zone 1.1 ^(*)	Zone 1.2 ^(**)	Zone 1.3 ^(***)	Zone 1.4 ^(****)	Zone 1.5 ^(*****)
0 à 4 ans	16,28 €	20,09 €	16,28 €	16,28 €	18,56 €
5 à 9 ans	16,28 €	20,09 €	16,28 €	16,28 €	18,56 €
10 à 14 ans	22,26 €	28,05 €	22,26 €	22,26 €	25,73 €
15 à 19 ans	29,85 €	38,17 €	29,85 €	29,85 €	34,83 €
20 à 24 ans	39,09 €	50,46 €	39,09 €	39,09 €	45,90 €
25 à 29 ans	41,74 €	54,01 €	41,74 €	41,74 €	49,11 €
30 à 34 ans	50,88 €	66,20 €	50,88 €	50,88 €	60,05 €
35 à 39 ans	54,90 €	71,58 €	54,90 €	54,90 €	64,93 €
40 à 44 ans	59,15 €	77,25 €	59,15 €	59,15 €	70,00 €
45 à 49 ans	66,06 €	86,43 €	66,06 €	66,06 €	78,27 €
50 à 54 ans	69,44 €	90,94 €	69,44 €	69,44 €	82,35 €
55 à 59 ans	73,85 €	96,83 €	73,85 €	73,85 €	87,64 €
60 à 64 ans	81,66 €	107,25 €	81,66 €	81,66 €	97,01 €
65 ans à 69 ans	87,10 €	114,50 €	87,10 €	87,10 €	103,54 €
70 à 74 ans	89,73 €	117,94 €	89,73 €	89,73 €	106,65 €
75 à 79 ans	92,40 €	121,47 €	92,40 €	92,40 €	109,85 €
80 ans et plus	95,18 €	125,11 €	95,18 €	95,18 €	113,15 €

^(*) **Zone 1.1** : Pays du monde entier hors Chine (y compris Hong-Kong) et USA et hors pays des zones 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 et hors France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

^(**) **Zone 1.2** : Japon, Royaume-Uni, Suisse, Canada et Singapour

^(***) **Zone 1.3** : Polynésie française

^(****) **Zone 1.4** : Autriche, Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, Pays-Bas, Suède

^(*****) **Zone 1.5** : Bulgarie, Chypre, Croatie, Grèce, Espagne, Estonie, Hongrie, Irlande, Italie, Islande, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie

III. Cotisations santé de base des garanties Unéo-International « Unéo-Monde » par bénéficiaire (suite)

« Unéo Monde-Globale »			
Âge	Pays de résidence, d'exercice ou d'affectation du bénéficiaire		
	Zone 2.1 ^(*)	Zone 2.2 ^(**)	Zone 2.3 ^(***)
0 à 4 ans	21,93 €	27,58 €	20,71 €
5 à 9 ans	21,93 €	27,58 €	20,71 €
10 à 14 ans	28,54 €	36,39 €	24,09 €
15 à 19 ans	70,01 €	91,68 €	56,54 €
20 à 24 ans	79,91 €	104,89 €	64,69 €
25 à 29 ans	81,19 €	106,60 €	65,58 €
30 à 34 ans	85,98 €	112,99 €	69,44 €
35 à 39 ans	93,12 €	122,50 €	75,07 €
40 à 44 ans	100,59 €	132,44 €	81,09 €
45 à 49 ans	112,74 €	148,66 €	90,68 €
50 à 54 ans	118,70 €	156,60 €	95,55 €
55 à 59 ans	141,11 €	186,31 €	113,53 €
60 à 64 ans	156,47 €	206,78 €	125,63 €
65 ans à 69 ans	167,16 €	221,04 €	134,08 €
70 à 74 ans	172,17 €	227,67 €	138,11 €
75 à 79 ans	177,33 €	234,50 €	142,25 €
80 ans et plus	182,66 €	241,53 €	146,51 €

^(*) **Zone 2.1** : Pays du monde entier hors Chine (y compris Hong-Kong) et USA et hors pays des zones 2.2, 2.3 et France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises, Saint-Martin et Saint-Barthélemy

^(**) **Zone 2.2** : Japon, Royaume-Uni, Suisse, Canada et Singapour

^(***) **Zone 2.3** : Nouvelle-Calédonie

III. Cotisations santé de base des garanties Unéo-International « Unéo-Monde » par bénéficiaire (suite)

Âge	« Unéo Monde-Intégrale » ^(*)
0 à 4 ans	43,06 €
5 à 9 ans	43,06 €
10 à 14 ans	57,95 €
15 à 19 ans	151,30 €
20 à 24 ans	173,64 €
25 à 29 ans	176,50 €
30 à 34 ans	187,30 €
35 à 39 ans	203,38 €
40 à 44 ans	220,17 €
45 à 49 ans	247,56 €
50 à 54 ans	260,98 €
55 à 59 ans	278,49 €
60 à 64 ans	309,50 €
65 à 69 ans	331,07 €
70 à 74 ans	396,32 €
75 à 79 ans	474,60 €
80 ans et plus	592,06 €

(*) Pays du monde entier hors France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

IV. Cotisation inaptitude à servir

(Indemnité de perte de solde)

Option 1 : complément à 75% de la SIB ; cotisation égale à 0,12 % de la SIB⁽¹⁾.

Option 2 : complément à 80% de la SIB ; cotisation égale à 0,15 % de la SIB⁽¹⁾.

Option 3 : complément à 90% de la SIB ; cotisation égale à 0,25 % de la SIB⁽¹⁾.

(1) SIB : Solde indiciaire brute

V. Cotisation maintien d'adhésion « Le Cercle Unéo »

Cotisation unique : 1,00 €

- pour les membres participants en maintien d'adhésion (visés à l'article M. 13 point 1 du présent règlement mutualiste) seuls ou avec tout ou partie de leurs ayants droit ;
- pour tout ou partie des ayants droit en maintien d'adhésion (visés à l'article M. 13 point 2 du présent règlement mutualiste).

VI. « Cotisations et prestations maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » ⁽²⁾

➤ Cotisations mensuelles

Âge	Maintien d'autonomie/Dépendance	Décès ^(**)	Total
16 à 34 ans	0,54 €	2,03 €	2,57 €
35 à 54 ans	1,77 €	2,03 €	3,80 €
55 ans et plus	4,85 €	2,03 €	6,88 €

➤ Prestations

- **Prestations « Maintien d'autonomie/Dépendance »** : rente mensuelle 300 €
- **Prestations « Décès »** :

Capital décès ^(*) en cas de décès d'un assuré de 65 ans et plus	2000 €
Capital décès ^(*) en cas de décès d'un assuré de moins de 65 ans	4150 €
Aide obsèques enfant ^(***)	1525 €
Capital Orphelin ^(****)	4150 €

^(*) Doublement en cas d'accident (cf. notice du partenaire)

^(**) Les membres exclus de la garantie « Maintien d'autonomie/Dépendance » s'acquittent obligatoirement de la cotisation « Décès ». Les montants indiqués tiennent compte de la cotisation attachée aux garanties d'assistance incluses dans la garantie « Décès ».

^(***) Versement d'un capital en cas de décès d'un enfant inscrit en tant qu'ayant droit au titre du contrat santé âgé d'au moins 12 ans et au plus de 30 ans et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année de son anniversaire. Le montant du capital garanti est limité en tout état de cause aux frais d'obsèques réellement engagés, **à l'exclusion des frais de concession et de déplacement**. Le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

^(****) Versement d'un capital en cas de décès avant 60 ans simultanément à, ou dans les 365 jours suivant celui du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS. Les bénéficiaires sont les enfants initialement à la charge de l'Adhérent et toujours à la charge de son conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin au jour du décès de ce dernier. La notion d'« enfant à charge » est définie dans la notice d'information du partenaire.

VII. « Cotisation et montant de la rente éducation » ⁽³⁾

Cotisation mensuelle : 0,22 €

Montant de la rente mensuelle : 500 €

⁽²⁾ Article L. 132-3 du Code des assurances : « Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation... ».

⁽³⁾ Cotisations acquittées obligatoirement par les membres participants en activité de service et facultativement par les membres participants ayant souscrit un engagement à servir dans la réserve opérationnelle auprès de l'autorité militaire optant pour le bénéfice de la garantie rente éducation.

Prestations pour les garanties santé de base Unéo-Référence à compter du 1^{er} janvier 2023

Soins courants		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires médicaux (1) (2) (3)	Généralistes OPTAM	70 %	50 %	85 %	100 %	115 %
	Généralistes non OPTAM	70 %	30 %	65 %	80 %	95 %
	Spécialistes OPTAM / OPTAM-CO	70 %	50 %	85 %	100 %	115 %
	Spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs OPTAM / OPTAM-CO	70 %	100 %	100 %	100 %	115 %
	Spécialistes non OPTAM / OPTAM-CO	70 %	30 %	65 %	80 %	95 %
	Spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs non OPTAM / OPTAM-CO	70 %	80 %	80 %	80 %	95 %
	Actes Techniques Médicaux OPTAM/ OPTAM-CO	70 %	50 %	85 %	100 %	115 %
	Actes Techniques Médicaux non OPTAM / OPTAM-CO	70 %	30 %	65 %	80 %	95 %
	Sages-femmes	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
	Télésurveillance médicale	40 %	60 %	60 %	60 %	60 %
Radiologie (1) (2)	Actes d'échographie OPTAM	70 %	50 %	85 %	100 %	115 %
	Actes d'échographie non OPTAM	70 %	30 %	65 %	80 %	95 %
	Actes d'imagerie OPTAM	70 %	50 %	85 %	100 %	115 %
Analyses et examens de laboratoire (1) (2) (3)	Actes d'imagerie non OPTAM	70 %	30 %	65 %	80 %	95 %
	Actes de laboratoire OPTAM	60 %	60 %	95 %	110 %	125 %
	Actes de laboratoire non OPTAM	60 %	40 %	75 %	90 %	105 %
Honoraires paramédicaux (1) (3)	Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	75 %	90 %	105 %
	Médicaments à SMR (service médical rendu) important, dont substituts nicotiniques	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Médicaments (3) (4)	Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré	30 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	Médicaments à SMR (service médical rendu) faible	15 %	-	-	-	65 %
	Autres médicaments sur prescription médicale non remboursés (NR) ayant fait l'objet d'une AMM (5)	-	-	-	-	80 % (6)
	Dispositifs médicaux répertoriés dans la liste des produits et prestations (Taux sur base TC TM inclus)	60 %	40 %	200 %	200 %	200 %
Matériel médical (3) (7)	Dispositifs médicaux non répertoriés dans la liste des produits et prestations, sur prescription (Taux sur base TC TM inclus)	65 %	35 %	200 %	200 %	200 %
	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Participation patient	du	-	24 €	24 €	24 €	24 €

(1) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale comprennent le ticket modérateur (TM) quand il existe.

(2) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique)

(3) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole

(4) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents.

(5) A l'exception des médicaments prescrits « hors indication thérapeutique ». AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

(6) En pourcentage du prix payé

(7) Sont exclus les matériels médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en bleu)

**Prestations pour les garanties santé de base Unéo-Référence
à compter du 1^{er} janvier 2023 (suite)**

Prévention		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Prévention	Contraceptif non pris en charge par la SS (sur prescription médicale)	-	30 € / an	30 € / an	-	70 € / an
	Vaccin non pris en charge par la SS (sur prescription médicale)	-	40 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾

⁽¹⁾ 40 € par vaccin - limité à 3 vaccins par an.

Médecines douces remboursées par la Sécurité sociale		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Consultations psychologue ⁽²⁾	8 séances par an	60 %	40%	40%	40%	40%

⁽²⁾ Dispositif de prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue prévu par le décret n°2022-195 du 17 février 2022 et son arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale ^{(3) (4)}		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Ostéopathie		-	-	30 € par séance	40 € par séance	60 € par séance
Chiropractie				20 € par séance	30 € par séance	40 € par séance
Acupuncture		-	-	15 € par séance	15 € par séance	30 € par séance
Psychologie/ Psychothérapie	3 séances par an pour chaque groupe de spécialités	-	15 € par séance	20 € par séance	20 € par séance	40 € par séance
Psychomotricité		-	-	20 € par séance	20 € par séance	40 € par séance
Séances de Diététique/Nutrition		-	-	30 € par séance	20 € par séance	30 € par séance
Podologie/Pédicurie		-	-	15 € par séance	15 € par séance	15 € par séance

⁽³⁾ Séances dispensées par un professionnel titulaire d'un numéro ADELI ou RPPS ou FINESS.

⁽⁴⁾ Limité à un forfait annuel global toute catégorie confondue, hors Psychologie/Psychothérapie, à 140 € pour la garantie Naturelle, 170 € pour la garantie Essentielle et 230 € pour la garantie Optimale.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en bleu)

**Prestations pour les garanties santé de base Unéo-Référence
à compter du 1^{er} janvier 2023 (suite)**

Dentaire ⁽¹⁾		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	Soins et prothèses 100% Santé	Aucun reste à charge ⁽³⁾				
Autres soins ⁽⁴⁾	Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale					
	Soins dentaires, actes de parodontologie, de prophylaxie bucco-dentaire et d'endodontie	70%	30%	30%	30%	30%
	Inlay Onlay ⁽⁵⁾ avec reste à charge maîtrisé ⁽³⁾ ou à tarif libre	70%	55%	230%	230%	230%
Autres prothèses	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale					
	Prothèses dentaires (dont prothèses sur implant) ⁽⁵⁾ avec reste à charge maîtrisé ⁽³⁾ ou tarif libre	70%	100%	250%	350%	400%
	Inlay-core ⁽⁵⁾	70%	55%	230%	230%	230%
	Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale					
Implantologie	Prothèses dentaires ⁽⁵⁾	-	-	-	-	250%
	Implant non remboursé par la sécurité sociale ⁽⁶⁾	-	-	300 € par implant	450 € par implant	600 € par implant
Orthodontie ⁽⁵⁾	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (traitement commencé avant 16 ans)					
	Traitement 3 ans maximum	100%	25%	200%	200%	200%
	1 ^{ère} année de contention	100%	25%	200%	200%	200%
	2 ^{ème} année de contention	70%	55%	200%	200%	200%
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement « adulte » commencé après 16 ans) ⁽⁷⁾					
Parodontologie	Traitement 2 ans maximum	-	150 €/an	-	-	400 €/an
	Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	-	115 €/an	300 €/an	450 €/an	600 €/an

⁽¹⁾ Sont exclus les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf maintenance parodontale.

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement.

⁽³⁾ Dans la limite des honoraires limites de facturation

⁽⁴⁾ Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le ticket modérateur (TM) quand il existe.

⁽⁵⁾ Taux sur base TC (tarif de convention), ticket modérateur inclus quand il existe.

⁽⁶⁾ Par implant racine dans la limite de 3 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

⁽⁷⁾ Prise en charge des seuls traitements d'orthodontie à l'exclusion de la contention et de tout autre type de soins.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en bleu)

**Prestations pour les garanties santé de base Unéo-Référence
à compter du 1^{er} janvier 2023 (suite)**

Optique		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Equipements 100% Santé ^{(1) (3)}	Monture		Aucun reste à charge ⁽²⁾			
	Verres					
	Prestation d'appairage					
	Supplément pour verres avec filtre					
Autres verres ou montures ^{(2) (3) (4)}	Monture	0,03 €	50 €	85 €	85 €	95 €
	Verres unifocaux simples (a1)	0,03 €	25 €	35 €	37 €	41 €
	Verres unifocaux simples (a2, a3)	0,03 €	27 €	50 €	66 €	84 €
	Verres unifocaux complexes (c1, c2, c3, c4)	0,03 €	75 €	78 €	81 €	84 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c5)	0,03 €	75 €	85 €	85 €	88 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c6, c7)	0,03 €	75 €	90 €	114 €	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f1)	0,03 €	75 €	90 €	90 €	90 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f2)	0,03 €	75 €	90 €	114 €	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f3, f4)	0,03 €	75 €	100 €	114 €	145 €
	Verre neutre	-	TM	TM	TM	TM
Autres suppléments et prestations	Suppléments et prestations optiques (y compris appareils pour amblyopie)	-	TM	TM	TM	TM
Lentilles	Lentilles remboursées par la sécurité sociale y compris verres de contact (TM inclus)	23,69 €/an	180 €/an	130 €/an	90 €/an	340 €/an
	Lentilles non remboursées par la sécurité sociale (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	-	140 €/an	90 €/an	50 €/an	300 €/an
Chirurgie réfractive	Chirurgie réfractive de l'œil ⁽⁵⁾	-	300 € /œil/an	300 € /œil/an	-	500 € /œil/an

⁽¹⁾ Tels que définis réglementairement

⁽²⁾ Dans la limite des prix limites de vente

⁽³⁾ Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

⁽⁴⁾ Voir tableau de correspondance dans le chapitre « Garanties responsables et solidaires »

⁽⁵⁾ Hors implant, non associée à la chirurgie à visée thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale (exemple : cataracte, greffe de cornée).

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en bleu)

TM : Ticket modérateur (différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise)

**Prestations pour les garanties santé de base Unéo-Référence
à compter du 1^{er} janvier 2023 (suite)**

Hospitalisation ⁽¹⁾⁽⁹⁾		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires ^{(2) (3) (4)}	Chirurgiens OPTAM / OPTAM-CO	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %
	Chirurgiens non OPTAM / OPTAM-CO	80 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	Anesthésistes OPTAM	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %
	Anesthésistes non OPTAM	80 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	Obstétriciens OPTAM / OPTAM-CO	80 %	90 %	90 %	90 %	90 %
	Obstétriciens non OPTAM / OPTAM-CO	80 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	Médecins (honoraires de surveillance) OPTAM	80 %	40 %	90 %	90 %	90 %
	Médecins (honoraires de surveillance) non OPTAM	80 %	20 %	70 %	70 %	70 %
	Actes Techniques Médicaux OPTAM / OPTAM-CO	80 %	40 %	90 %	90 %	90 %
	Actes Techniques Médicaux non OPTAM / OPTAM-CO	80 %	20 %	70 %	70 %	70 %
Participation patient	Forfait 24 € pour coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Frais de séjour ^{(2) (4)}	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	80%	20%	20%	20%	20%
Forfait Journalier Hospitalier ⁽⁵⁾	Forfait Journalier Hospitalier (FJH)	-	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait Patient Urgences	Forfait Patient Urgences	-	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Chambre Particulière	Hospitalisation avec hébergement (y compris pour la rééducation)	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
	Soins de Suite et Réadaptation ⁽⁶⁾	-	-	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
	Hospitalisation sans hébergement ⁽⁷⁾	-	15 €	16 €	17 €	18 €
Frais d'accompagnant ⁽⁸⁾	Enfant de moins de 16 ans	-	-	30 € / jour	-	30 € / jour
	Enfant handicapé de moins de 20 ans	-	-	30 € / jour	-	30 € / jour
Frais de télévision	Forfait par hospitalisation (par jour d'hospitalisation)	-	6 €	6 €	6 €	6 €
Autres structures hospitalières ^{(2) (4)}	Séjour en aérarium, préventorium, sanatorium	80%	20%	20%	20%	20%
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée ou non	80%	20%	20%	20%	20%
	Maison de repos et convalescence	80%	20%	20%	20%	20%

⁽¹⁾ Y compris les hospitalisations à domicile (HAD). **Sont exclues les hospitalisations non prises en charge par la Sécurité sociale.**

⁽²⁾ Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

⁽³⁾ OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique)

⁽⁴⁾ Les taux affichés en complément de la SS comprennent le ticket modérateur (TM) quand il existe.

⁽⁵⁾ Prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, **sous réserve des exclusions suivantes : les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée (CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP) etc.) ainsi que les établissements de long séjour (tels que maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.**

⁽⁶⁾ Exclusion de la prise en charge de la chambre particulière en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

⁽⁷⁾ Hospitalisation sans hébergement pour la chirurgie et/ou l'anesthésie ambulatoire.

⁽⁸⁾ Frais de repas et d'hébergement uniquement (**frais de transport exclus**).

⁽⁹⁾ Remboursement limité à 200% de la BRSS par acte, y compris les remboursements déjà opérés par la Sécurité sociale et/ou par un organisme assureur dans le respect des critères du contrat responsable.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en bleu)

**Prestations pour les garanties santé de base Unéo-Référence
à compter du 1^{er} janvier 2023 (suite)**

Aides auditives		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Equipements 100% Santé ⁽¹⁾ ⁽²⁾	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus)		Aucun reste à charge ⁽³⁾			
	Aides auditives (20 ans et plus)					
Autres aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale ⁽¹⁾ ⁽²⁾	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus ou assurés atteints de cécité)	840 €	560 €	560 €	600 €	800 €
	Aides auditives (20 ans et plus)	240 €	710 €	710 €	710 €	800 €
Fournitures et accessoires pour les aides auditives ⁽⁴⁾		60 %	40%	40%	40%	40%

⁽¹⁾ Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement, dans la limite d'un plafond de remboursement (RO + RC) : 1 700 €.

⁽³⁾ Dans la limite des prix limites de vente

⁽⁴⁾ Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

Transports		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Pris en charge par la SS ⁽¹⁾	Acte médical prescrit	65%	35%	35%	35%	35%
Non pris en charge par la SS	Acte médical prescrit mais non remboursé par la SS	-	-	-	-	50% du prix payé limité à 200 €/an

Cures thermales ⁽²⁾		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires ⁽¹⁾	Surveillance médicale (soins)	70%	30%	30%	30%	30%
	Hydrothérapie	65%	35%	35%	35%	35%
	Hospitalisation	80%	20%	20%	20%	20%
Transport et hébergement ⁽¹⁾ ⁽³⁾	Sous condition de ressources	65%	35%	35%	35%	35%
Transport et hébergement Forfait annuel ⁽³⁾	Sans condition de ressources	-	-	-	200 €/an	250 €/an

⁽¹⁾ Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le ticket modérateur (TM) quand il existe.

⁽²⁾ **Sont exclues les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale.**

⁽³⁾ Les frais de transport sont remboursés sur la base de 0,32 €/km pour un déplacement en voiture particulière. Les frais de péage et de parking ne sont pas pris en compte dans les frais de transport.

Sont exclus les frais de repas pris à l'extérieur de l'établissement thermal.

Le forfait annuel intervient en complément de toute participation éventuelle de la Sécurité sociale, dans la limite de la dépense engagée.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en bleu)

Aides Action sociale (*)

(*) Après examen du dossier et dans le cadre d'un budget prévisionnel « Fonds social » voté annuellement par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale dans les conditions fixées au chapitre 4 du présent règlement mutualiste

	Montant (*)
Aide exceptionnelle frais de santé	Après étude particulière du dossier
Aide naissance ou adoption	150 € maximum par enfant ayant droit
Aide obsèques	771 € maximum
Aide financière lors du décès des enfants de moins de douze ans, des majeurs en tutelle, des personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation	Après étude particulière du dossier
Aide enfants orphelins	Après étude particulière du dossier
Aide enfants pupilles de l'Etat ou de la Nation	Après étude particulière du dossier
Aide handicap	Après étude particulière du dossier
Aide veuvage	Après étude particulière du dossier

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Optimonde 2* »

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire
		Optimonde 2*
Soins de ville	Consultations, visites	Forfait de 1800 € par an et par bénéficiaire
	Auxiliaires médicaux	Forfait de 1000 € par an et par bénéficiaire ⁽²⁾
	Pharmacie (hors hygiène et diététique) ⁽¹⁾	100% de la dépense
	Examens de laboratoire	100% de la dépense
	Radiologie – Echographie	100% de la dépense
	Actes de chirurgie	100% de la dépense
	Actes techniques médicaux	100% de la dépense
Dentaire ⁽³⁾	Soins dentaires	100% de la dépense
	Prothèses dentaires ⁽⁴⁾	400% BRSS ⁽⁵⁾
	Inlay-Core (avec ou sans clavettes)	300% BRSS ⁽⁵⁾
	Implant ⁽⁶⁾	450 € par implant
	Orthodontie ⁽⁷⁾	250% BRSS ⁽⁵⁾
Optique	Montures	100 € par acte (dans la limite de 2 montures tous les deux ans) ⁽⁹⁾
	Verres de lunettes	Forfait de 500 € par an et par bénéficiaire
	Verres de contact prescrits ou non (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	150 € par an
	Chirurgie réfractive	300 € par œil et par an
Médecines douces (Forfaits annuels)	Ostéopathe/Chiropracteur	60 € par an
	Acupuncteur	60 € par an
	Psychologue/Clinicien	60 € par an
	Psychomotricien	60 € par an
	Podologue/Pédicure	60 € par an
	Diététicien/Nutritionniste	60 € par an
Autres	Contraceptifs non remboursés par la SS	30 € par an
	Actes d'ostéodensitométrie remboursables par le régime obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans	200% BRSS ⁽⁵⁾
	Vaccins ⁽⁸⁾	100% de la dépense

⁽¹⁾ Médicaments ayant fait l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché, à l'exception des médicaments prescrits « hors indication thérapeutique ».

⁽²⁾ Les actes de kinésithérapie doivent être dispensés en cabinets médicaux ou en structures médicales.

⁽³⁾ **Sont exclus les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).**

⁽⁴⁾ Les prothèses doivent être inscrites à la nomenclature française.

⁽⁵⁾ Base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

⁽⁶⁾ Par implant racine, dans la limite de 3 par an, **à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.**

⁽⁷⁾ Les soins doivent avoir commencé avant le 16^{ème} anniversaire.

⁽⁸⁾ Actes de prévention issus de la liste des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006, J.O. du 18 juin 2006.

⁽⁹⁾ Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Optimonde 2* » (suite)

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire
		Optimonde 2*
Hospitalisation	Hospitalisations médicales (tous frais compris)	100% de la dépense dans la limite d'un plafond journalier correspondant à 2 journées en régime commun dans les services « médecine » ou « médecine spécialisée ou maternité » ou « chirurgie » ou « spécialités couteuses » de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
	Hospitalisations chirurgicales et maternité (frais de séjour, frais de salle d'opération ou de travail, médicaments et fournitures diverses)	
	Forfait Journalier Hospitalier (FJH) ⁽¹⁾	100% de la dépense
	Supplément pour chambre particulière	60 €/jour
	Frais d'accompagnement ^{(2) (3)}	30 €/jour
Transports ⁽⁴⁾	Transports sanitaires (par ambulance et VSL) ⁽⁵⁾	100% de la dépense
Cures thermales	Cures thermales : honoraires de surveillance et hydrothérapie	Forfait de 1000 € par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾
	Placements en sanatoriums, préventoriums	
	Placements en aérums, maisons d'enfants spécialisées, centres de convalescence	
Appareillage	Prothèse oculaire	200% BRSS ⁽⁷⁾
	Prothèse auditive	200% BRSS ⁽⁷⁾
	Appareillage LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables)	200% BRSS ⁽⁷⁾
Action sociale Livre II	Aide exceptionnelle frais de santé	Voir tableau « Action sociale » Unéo-Référence
	Aide naissance ou adoption	
	Aide obsèques	
	Aide financière lors du décès des enfants de moins de douze ans, des majeurs en tutelle, des personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation	

⁽¹⁾ Dans la limite de 20€ / jour. Sur présentation de la facture acquittée. FJH en cas d'hospitalisation psychiatrique limité à 60 jours/année civile.

⁽²⁾ Pour un enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans s'il est handicapé.

⁽³⁾ Frais de repas et d'hébergement uniquement (**frais de transport exclus**).

⁽⁴⁾ Prise en charge du transport par voie aérienne en cas d'hospitalisation médicalement justifiée des adhérents affectés ou résidents à Wallis et Futuna dans les limites suivantes :

- pour le membre participant ou l'ayant droit majeur (seul) : 1 200 € ;
- pour un ayant droit (seul) âgé de moins de 12 ans : 740 € ;
- pour un ayant droit (seul) mineur âgé de plus de 12 ans : 1 200 € ;
- pour le membre participant accompagné de son ayant droit âgé de moins de 12 ans : 1 840 € ;
- pour le membre participant accompagné de son ayant droit mineur âgé de plus de 12 ans : 2 200 €.

⁽⁵⁾ Prise en charge dans le cadre d'une prescription médicale.

⁽⁶⁾ Suivies dans des établissements thermaux sous surveillance médicale.

⁽⁷⁾ Base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

Exclusions des tableaux de garanties santé de base Unéo-International « Optimonde 2* »

Sont exclus des tableaux :

- les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ou dans la Nomenclature des actes cliniques ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans ces classifications, lorsqu'ils ne sont pas expressément pris en charge par l'une de ces garanties ;
- les frais de maternité autres que l'accouchement ;
- les frais de procréation médicalement assistée ;
- les frais de déplacement et d'hébergement relatifs aux cures thermales ;
- les placements dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire non spécialisées, les aériums et les séjours dans les maisons familiales de l'action sociale du ministère de la Défense, dans les centres de repos ou dans les établissements similaires ;
- les soins, traitements et produits ayant un but esthétique ;
- les frais d'achat d'instruments ou d'appareils divers (inhalateurs, bassins, pulvérisateurs...), ainsi que les produits diététiques d'hygiène corporelle et les eaux minérales notamment ;
- les placements en maison de retraite ;
- les placements en résidence à l'année en unité de soins gériatriques ;
- les placements en long séjour.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale » ⁽¹⁾

		Remboursement Unéo	
		dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire et/ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger couvrant les soins à l'étranger	
		Unéo Monde-Initiale	
Soins de ville	Consultations, visites (dans la limite d'un plafond annuel de 500 €)	100% de la dépense dans la limite d'un plafond de 40 €/acte pour les médecins généralistes et de 60 €/acte pour les médecins spécialistes	
	Actes de laboratoire, pharmacie, vaccins	100% de la dépense	
	Imagerie médicale	100% de la dépense dans la limite d'un plafond annuel de 1000 €	
	Petite chirurgie ambulatoire		
	Actes techniques médicaux		
	Auxiliaires médicaux ⁽²⁾		
Dentaire	Soins dentaires (y compris parodontologie et inlay onlay)	100% de la dépense et dans la limite d'un forfait de 500 €/an	
	Prothèses dentaires fixes	100% de la dépense dans la limite de 269 €/acte	Dans la limite d'un plafond total de 1 200 €/an
	Prothèses dentaires mobiles	100% de la dépense dans la limite de 323 €/acte	
	Inlay Core	100% de la dépense dans la limite de 300 €/acte	
	Implant ⁽³⁾	100% de la dépense dans la limite de 300 €/implant et de 3 implants/an	
	Orthodontie (traitement débuté avant le 16 ^{ème} anniversaire) ⁽⁴⁾	100% de la dépense dans la limite de 774 €/an et limité à 3 ans de traitement	
Optique⁽⁵⁾	Monture	100% de la dépense dans la limite de 85 € tous les 2 ans ⁽⁶⁾	
	Verres	100% de la dépense dans la limite de 200 € tous les 2 ans ⁽⁶⁾	
	Lentilles (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	100% de la dépense dans la limite de 130 €/an	
	Chirurgie réfractive	300 €/œil dans la limite d'une opération par œil et par an	
Médecine douce/alternative	Acupuncteur	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Psychologue clinicien	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Psychomotricien	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Podologue/pédicure	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Diététicien/nutritionniste	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Ostéopathe/chiropracteur	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
Autres	Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans	100% de la dépense dans la limite de 80 €	

⁽¹⁾ Le droit à prestations est ouvert pour les frais médicaux exposés :

- dans le pays de résidence, d'exercice ou d'affectation retenu pour l'établissement de la cotisation et lors des séjours de moins de 4 mois consécutifs en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane française, en Martinique, à Mayotte, à La Réunion, à Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises
- dans un pays tiers (hors France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises) pour des séjours de moins de 30 jours consécutifs :

➢ lors d'un déplacement professionnel,

➢ lors d'un déplacement non professionnel, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

- accident : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, extérieur et indépendant de la volonté de la victime ;
- maladie inopinée : maladie soudaine n'ayant pas de lien de cause à effet avec une maladie ou une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

⁽²⁾ Les actes de kinésithérapie doivent être dispensés en cabinet médical ou structure médicale.

⁽³⁾ Par implant racine dans la limite de 3 par an, **à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.**

⁽⁴⁾ Prise d'empreinte et contention incluses.

⁽⁵⁾ Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

⁽⁶⁾ Tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue de plus de 0,5 dioptries pour les assurés de plus de 16 ans.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale » (suite)

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire et/ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger couvrant les soins à l'étranger
		Unéo Monde-Initiale
Hospitalisation ⁽¹⁾	Hospitalisation à temps complet	
	Médecine	100% de la dépense dans la limite de 750 €/jour
	Médecine spécialisée ⁽²⁾	100% de la dépense dans la limite de 1 100 €/jour
	Chirurgie	100% de la dépense dans la limite de 1 500 €/jour
	Spécialité coûteuse ⁽³⁾	100% de la dépense dans la limite de 2 450 €/jour
	Hospitalisation à temps partiel	
	Hôpital de jour 1 ^{ère} catégorie ⁽⁴⁾	100% de la dépense dans la limite de 1 340 €/jour
	Hôpital de jour 2 ^{ème} catégorie ⁽⁵⁾	100% de la dépense dans la limite de 1 250 €/jour
	Hôpital de jour 3 ^{ème} catégorie ⁽⁶⁾	100% de la dépense dans la limite de 680 €/jour
	Chambre particulière	100% de la dépense dans la limite de 40 €/jour
	Lit accompagnant d'enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans si handicapé (limité à 30 jours/an)	100% de la dépense dans la limite de 30 €/jour
	Forfait journalier hospitalier	100% de la dépense dans la limite de 20 €/jour
	Forfait journalier en cas d'hospitalisation psychiatrique (limité à 60 jours/an)	100% de la dépense dans la limite de 15 €/jour
Transport ⁽⁷⁾	Transport sanitaire (par ambulance et VSL)	100% de la dépense
	Transport sanitaire (par ambulance et VSL)	100% de la dépense
Appareillage	Prothèses auditives	100% de la dépense dans la limite de 200 €/an pour un adulte et de 800 €/an pour un enfant
	Autres prothèses	100% de la dépense dans la limite de 200 €/an
Frais de maternité ⁽¹⁾		100% de la dépense dans la limite de 2 500 € par accouchement
Cure thermique		100% de la dépense dans la limite de 200 €/an et par bénéficiaire

⁽¹⁾ Une demande d'entente préalable est obligatoire.

⁽²⁾ Surveillance continue, cardiologie spécialisée, radiothérapie, oncologie, hématologie, néphrologie, pédiatrie, néonatalogie, pédopsychiatrie et obstétrique.

⁽³⁾ Traitement des grands brûlés, réanimation polyvalente et spécialisée en neurologie, cardiologie et hépato-gastro-entérologie, services d'immunologie clinique, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie infantile, chirurgie urologique lourde.

⁽⁴⁾ Hématologie, néphrologie, radiothérapie, cardiologie chirurgie cardio-vasculaire, urologie.

⁽⁵⁾ Endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, dermatologie, neurologie, pédiatrie, pédopsychiatrie, chirurgie infantile, orthopédie-traumatologie, gynécologie-obstétrique, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie.

⁽⁶⁾ Gériatrie, ORL, rééducation neurologique.

⁽⁷⁾ Sur prescription médicale.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Globale » ⁽¹⁾

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire et/ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger	
		Unéo Monde-Globale	
Soins de ville	Consultations, visites	100% de la dépense dans la limite de 1 800 €/an	
	Actes de laboratoire, pharmacie, vaccins	100% de la dépense	
	Petite chirurgie ambulatoire	100% de la dépense	
	Actes techniques médicaux	100% de la dépense	
	Imagerie médicale	100% de la dépense dans la limite d'un plafond annuel de 1 000 €	
	Auxiliaires médicaux ⁽²⁾		
	Contraception prescrite médicalement non remboursée par le régime obligatoire local	30 € par an	
Dentaire	Soins dentaires (y compris parodontologie et inlay onlay)	100% de la dépense	Dans la limite d'un plafond total de 2 000 €/an
	Prothèses dentaires	100% de la dépense dans la limite de 430 €/acte	
	Inlay Core	100% de la dépense dans la limite de 432 €/acte	
	Implant ⁽³⁾	100% de la dépense dans la limite de 450 €/implant et de 3 implants/an	
	Orthodontie (traitement débuté avant le 16 ^{ème} anniversaire) ⁽⁴⁾	100% de la dépense dans la limite de 965 €/an et limité à 3 ans de traitement	
Optique ⁽⁵⁾	Monture	100% de la dépense dans la limite de 100 € tous les 2 ans ⁽⁶⁾	
	Verres	100% de la dépense dans la limite de 350 € tous les 2 ans ⁽⁶⁾	
	Lentilles (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	100% de la dépense dans la limite de 150 €/an	
	Chirurgie réfractive	300 €/œil dans la limite d'une opération par œil et par an	
Médecine douce/alternative	Acupuncteur	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Psychologue clinicien	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Psychomotricien	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Podologue/pédicure	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Diététicien/nutritionniste	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
	Ostéopathe/chiropracteur	100% de la dépense dans la limite de 60 € / an	
Autres	Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans	100% de la dépense dans la limite de 80 €	

⁽¹⁾ Le droit à prestations est ouvert pour les frais médicaux exposés :

- dans le pays de résidence, d'exercice ou d'affectation retenu pour l'établissement de la cotisation et lors des séjours de moins de 4 mois consécutifs en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane française, en Martinique, à Mayotte, à La Réunion, à Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises

- dans un pays tiers (hors France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises) pour des séjours de moins de 30 jours consécutifs :

➤ lors d'un déplacement professionnel,

➤ lors d'un déplacement non professionnel, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

○ accident : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, extérieur et indépendant de la volonté de la victime ;

○ maladie inopinée : maladie soudaine n'ayant pas de lien de cause à effet avec une maladie ou une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

⁽²⁾ Les actes de kinésithérapie doivent être dispensés en cabinet médical ou structure médicale.

⁽³⁾ Par implant racine dans la limite de 3 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

⁽⁴⁾ Prise d'empreinte et contention incluses.

⁽⁵⁾ Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

⁽⁶⁾ Tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue de plus de 0,5 dioptries pour les assurés de plus de 16 ans.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Globale » (suite)

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire et/ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger
		Unéo Monde-Globale
Hospitalisation (1)	Hospitalisation à temps complet	
	Médecine	100% de la dépense dans la limite de 1 500 €/jour
	Médecine spécialisée (2)	100% de la dépense dans la limite de 2 200 €/jour
	Chirurgie	100% de la dépense dans la limite de 3 000 €/jour
	Spécialité coûteuse (3)	100% de la dépense dans la limite de 4 900 €/jour
	Hospitalisation à temps partiel	
	Hôpital de jour 1 ^{ère} catégorie (4)	100% de la dépense dans la limite de 2 680 €/jour
	Hôpital de jour 2 ^{ème} catégorie (5)	100% de la dépense dans la limite de 2 500 €/jour
	Hôpital de jour 3 ^{ème} catégorie (6)	100% de la dépense dans la limite de 1 360 €/jour
	Chambre particulière	100% de la dépense dans la limite de 60 €/jour
Transport (7)	Lit accompagnant d'enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans si handicapé (limité à 30 jours/an)	100% de la dépense dans la limite de 30 €/jour
	Forfait journalier hospitalier	100% de la dépense dans la limite de 20 €/jour
	Forfait journalier en cas d'hospitalisation psychiatrique (limité à 60 jours/an)	100% de la dépense dans la limite de 15 €/jour
	Transport sanitaire (7) (par ambulance et VSL)	100% de la dépense
Appareillage	Transport sanitaire (par ambulance et VSL)	100% de la dépense
	Prothèses auditives	100% de la dépense dans la limite de 200 €/an pour un adulte et de 800 €/an pour un enfant
Frais de maternité (1)	Autres prothèses	100% de la dépense dans la limite de 400 €/an
		100% de la dépense dans la limite de 6 000 € par accouchement
Cure thermique	Honoraires de surveillance et d'hydrothérapie	100% de la dépense dans la limite de 1000 €/an et par bénéficiaire

(1) Une demande d'entente préalable est obligatoire.

(2) Surveillance continue, cardiologie spécialisée, radiothérapie, oncologie, hématologie, néphrologie, pédiatrie, néonatalogie, pédopsychiatrie et obstétrique.

(3) Traitement des grands brûlés, réanimation polyvalente et spécialisée en neurologie, cardiologie et hépato-gastro-entérologie, services d'immunologie clinique, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie infantile, chirurgie urologique lourde.

(4) Hématologie, néphrologie, radiothérapie, cardiologie chirurgie cardio-vasculaire, urologie.

(5) Endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, dermatologie, neurologie, pédiatrie, pédopsychiatrie, chirurgie infantile, orthopédie-traumatologie, gynécologie-obstétrique, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie.

(6) Gériatrie, ORL, rééducation neurologique.

(7) Sur prescription médicale. Prise en charge du transport par voie aérienne en cas d'hospitalisation médicalement justifiée des adhérents affectés ou résidents à Wallis et Futuna dans les limites suivantes :

- pour le membre participant ou l'ayant droit majeur (seul) : 1 200 € ;

- pour un ayant droit (seul) âgé de moins de 12 ans : 740 € ;

- pour un ayant droit (seul) mineur âgé de plus de 12 ans : 1 200 € ;

- pour le membre participant accompagné de son ayant droit âgé de moins de 12 ans : 1 840 € ;

- pour le membre participant accompagné de son ayant droit mineur âgé de plus de 12 ans : 2 200 €.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Intégrale » ⁽¹⁾

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire et/ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger	
		Unéo Monde-Intégrale	
Plafond global annuel de la garantie		1 000 000 € par an	
Soins de ville	Consultations, visites	100% de la dépense dans la limite d'un plafond de 110 €/acte pour les médecins généralistes et de 150 €/acte pour les médecins spécialistes	
	Actes de laboratoire, pharmacie, vaccins	100% de la dépense	
	Petite chirurgie ambulatoire	100% de la dépense	
	Actes techniques médicaux	100% de la dépense	
	Imagerie médicale	100% de la dépense	
	Auxiliaires médicaux ⁽²⁾	100% de la dépense dans la limite de 10 séances par an	
Dentaire	Soins dentaires (y compris parodontologie et inlay onlay)	100% de la dépense	Dans la limite d'un plafond total de 2 300 €/an
	Prothèses dentaires	100% de la dépense dans la limite de 550 €/acte	
	Inlay Core	100% de la dépense dans la limite de 550 €/acte	
	Implant ⁽³⁾	100% de la dépense dans la limite de 550 €/implant et de 3 implants/an	
	Orthodontie (traitement débuté avant le 16 ^{ème} anniversaire) ⁽⁴⁾	100% de la dépense dans la limite de 1 000 €/an et limité à 3 ans de traitement	
Optique ⁽⁵⁾	Monture	100% de la dépense dans la limite de 100 € tous les 2 ans ⁽⁶⁾	
	Verres	100% de la dépense dans la limite de 500 € tous les 2 ans ⁽⁶⁾	
	Lentilles (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	100% de la dépense dans la limite de 230 €/an	
	Chirurgie réfractive	400 €/œil dans la limite d'une opération par œil et par an	
	Médecine douce/alternative	Acupuncteur	100% de la dépense dans la limite d'un plafond annuel de 400 €
Psychologue clinicien			
Psychomotricien			
Podologue/pédicure			
Diététicien/nutritionniste			
Ostéopathe/chiropracteur			
Autres	Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans	100% de la dépense dans la limite de 80 €	

⁽¹⁾ Le droit à prestations est ouvert pour les frais médicaux exposés :

- dans le lieu de résidence retenu pour l'établissement de la cotisation et lors des séjours de moins de 4 mois consécutifs en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane française, en Martinique, à Mayotte, à La Réunion, à Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises
- dans un pays tiers (hors France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, La Réunion, Saint Pierre et Miquelon, Terres Australes et Antarctiques Françaises) pour des séjours de moins de 30 jours consécutifs :

- lors d'un déplacement professionnel,
- lors d'un déplacement non professionnel, pour les seuls frais consécutifs à un accident survenu au cours dudit déplacement, ou à une maladie inopinée apparue au cours dudit déplacement.

Les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

- accident : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, extérieur et indépendant de la volonté de la victime ;
- maladie inopinée : maladie soudaine n'ayant pas de lien de cause à effet avec une maladie ou une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

⁽²⁾ Les actes de kinésithérapie doivent être dispensés en cabinet médical ou structure médicale.

⁽³⁾ Par implant racine dans la limite de 3 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

⁽⁴⁾ Prise d'empreinte et contention incluses.

⁽⁵⁾ Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

⁽⁶⁾ Tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue de plus de 0,5 dioptries pour les assurés de plus de 16 ans.

Prestations pour la garantie santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Intégrale » (suite)

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire et/ou facultatif de protection sociale français et/ou étranger
		Unéo Monde-Intégrale
Hospitalisation ⁽¹⁾	Frais de séjour (hors frais éventuels de chambre particulière), actes de chirurgie, actes d'anesthésie-réanimation, frais de salle d'opération, consultations, actes d'auxiliaires médicaux, actes de biologie médicale, actes utilisant des radiations ionisantes, frais pharmaceutiques.	100% de la dépense
	Frais de soins post-opératoires tels que visés ci-dessus prescrits par le praticien ayant effectué l'intervention chirurgicale et réalisés dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hôpital.	
	Chambre particulière (limité à 30 jours par an)	100% de la dépense dans la limite de 70 €/jour
	Lit accompagnant d'enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans si handicapé (limité à 30 jours/an)	100% de la dépense dans la limite de 50 €/jour
	Hospitalisation psychiatrique	100% de la dépense
Transport ⁽²⁾	Transport sanitaire ⁽²⁾ (par ambulance et VSL)	100% de la dépense
	Transport sanitaire (par ambulance et VSL)	100% de la dépense
Appareillage	Prothèses auditives	100% de la dépense dans la limite de 800 € par an
	Autres prothèses	100% de la dépense dans la limite de 800 € par an
Frais de maternité ⁽¹⁾		100% de la dépense dans la limite de 10 000 € par accouchement
Fécondation in vitro		100% de la dépense dans la limite de 800 € par acte et trois tentatives sur la durée du contrat
Cure thermique	Honoraires de surveillance et d'hydrothérapie	100% de la dépense dans la limite de 550 €/an

⁽¹⁾ Une demande d'entente préalable est obligatoire.⁽²⁾ Sur prescription médicale.

Exclusions des tableaux de garanties santé de base Unéo-International « Unéo Monde-Initiale », « Unéo Monde-Globale », « Unéo Monde-Intégrale »

Sont exclus des tableaux :

- les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ou dans la Nomenclature des actes cliniques ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans ces classifications, lorsqu'ils ne sont pas expressément pris en charge par l'une de ces garanties
- les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;
- les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence du bénéfice des prestations prévues par les présentes garanties ;
- les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis dans les pays où ces actes sont pratiqués ;
- les actes d'hospitalisation programmée (y compris l'accouchement), les opérations chirurgicales qui ne relèvent pas d'une urgence médicale, les frais afférents aux traitements esthétiques de toute nature, les frais d'ambulance ainsi que les frais de lit de l'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans si handicapé, pour lesquels l'Adhérent n'a pas fait de demande d'entente préalable ou dont la demande d'entente préalable a été refusée ;

La demande d'entente préalable peut être refusée lorsque :

- les soins n'entrent pas dans le champ des présentes garanties (non prévus ou expressément exclus) ;
 - les soins ne sont pas médicalement justifiés ;
 - les frais médicaux présentent un coût manifestement déraisonnable ou inhabituel. Le caractère déraisonnable ou inhabituel est apprécié en considération de la pratique prévalant dans le pays de soins dans lequel ils ont été engagés ;
 - lorsque les frais afférents aux traitements esthétiques ne font pas suite à un accident survenu pendant la période de couverture des garanties ;
- tous les produits non médicamenteux d'usage courant ;
 - les frais de téléphone et de télévision en cas d'hospitalisation ;
 - les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé) ;
 - les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de postcure (ou établissement assimilé) ;
 - les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance du bénéficiaire dans ses activités quotidiennes, même s'il est déclaré en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical ;
 - les traitements pour lutter contre l'obésité ;
 - les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins ;
 - les traitements considérés comme expérimentaux ;
 - les traitements de sevrage tabagique ;
 - les traitements de la stérilité ou frais de procréation médicalement assistée ;
 - les frais relatifs aux appareils médicaux et articles sanitaires (par exemple appareils de mesure de la tension artérielle...) qui n'auraient pas été prescrits médicalement ;
 - les cures de désintoxication contre l'alcoolisme et/ou la toxicomanie ;
 - les frais de déplacement et d'hébergement relatifs aux cures thermales ;
 - les placements dans les maisons d'enfant à caractère sanitaire non spécialisées et/ou à caractère social, les aériums et les séjours dans les centres de repos ou dans les établissements similaires ;
 - les placements en maison de retraite ;
 - les placements en résidence à l'année en unité de soins gériatriques ou équivalents.

**Barème des cotisations mensuelles pour la garantie santé de base « Nouvelle-Calédonie »
(souscrite avant le 1^{er} janvier 2018)**

Âge	Nouvelle-Calédonie
0 à 4 ans	14,88 €
5 à 9 ans	14,88 €
10 à 14 ans	18,11 €
15 à 19 ans	48,86 €
20 à 24 ans	56,59 €
25 à 29 ans	57,45 €
30 à 34 ans	61,09 €
35 à 39 ans	66,45 €
40 à 44 ans	72,14 €
45 à 49 ans	81,23 €
50 à 54 ans	85,84 €
55 à 59 ans	91,73 €
60 à 64 ans	102,02 €
65 ans et plus	109,21 €

Prestations pour la garantie santé de base « Nouvelle-Calédonie » (souscrite avant le 1^{er} janvier 2018)

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire
		Nouvelle-Calédonie
Soins de ville	Consultations, visites	Forfait de 900 € par an et par bénéficiaire
	Auxiliaires médicaux	100% de la dépense ⁽¹⁾
	Pharmacie (hors hygiène et diététique) ⁽²⁾	100% de la dépense
	Examens de laboratoire	100% de la dépense
	Radiologie – Echographie	100% de la dépense
	Actes de chirurgie	100% de la dépense
Dentaire ⁽³⁾	Soins dentaires	100% de la dépense
	Prothèses dentaires ⁽⁴⁾	400% BRSS ⁽⁵⁾
	Inlay-Core (avec ou sans clavettes)	300% BRSS ⁽⁵⁾
	Implant ⁽⁶⁾	450 € par implant
	Orthodontie ⁽⁷⁾	250% BRSS ⁽⁵⁾
Optique ⁽⁸⁾	Montures	100 € par acte (dans la limite de 2 montures tous les deux ans)
	Verres de lunettes	Forfait de 500 € par an et par bénéficiaire
	Verres de contact prescrits ou non (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	150 € par an
	Chirurgie réfractive	300 € par œil et par an
Médecines douces (Forfaits annuels)	Ostéopathe/Chiropracteur	60 € par an
	Acupuncteur	60 € par an
	Psychologue/Clinicien	60 € par an
	Psychomotricien	60 € par an
	Podologue/Pédicure	60 € par an
	Diététicien/Nutritionniste	60 € par an
Autres	Contraceptifs non remboursés par la SS	30 € par an
	Actes d'ostéodensitométrie remboursables par le régime obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans	200% BRSS ⁽⁵⁾
	Vaccins ⁽⁹⁾	100% de la dépense

⁽¹⁾ Les actes de kinésithérapie doivent être dispensés en cabinets médicaux ou en structures médicales.

⁽²⁾ Médicaments ayant fait l'objet d'une Autorisation de Mise sur le Marché, à l'exception des médicaments prescrits « hors indication thérapeutique ».

⁽³⁾ Sont exclus les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

⁽⁴⁾ Les prothèses doivent être inscrites à la nomenclature française.

⁽⁵⁾ Base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

⁽⁶⁾ Par implant racine, dans la limite de 3 par an, à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

⁽⁷⁾ Les soins doivent avoir commencé avant le 16ème anniversaire.

⁽⁸⁾ Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

⁽⁹⁾ Actes de prévention issus de la liste des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006, J.O. du 18 juin 2006.

**Prestations pour la garantie santé de base « Nouvelle-Calédonie »
(souscrite avant le 1^{er} janvier 2018) (suite)**

		Remboursement Unéo dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire
		Nouvelle-Calédonie
Hospitalisation	Hospitalisations médicales (tous frais compris)	100% de la dépense dans la limite d'un plafond journalier correspondant à 2 journées en régime commun dans les services « médecine » ou « médecine spécialisée ou maternité » ou « chirurgie » ou « spécialités couteuses » de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
	Hospitalisations chirurgicales et maternité (frais de séjour, frais de salle d'opération ou de travail, médicaments et fournitures diverses)	
	Forfait Journalier Hospitalier (FJH) ⁽¹⁾	
	Supplément pour chambre particulière	
	Frais d'accompagnement ^{(2) (3)}	
Transports ⁽⁴⁾	Transports sanitaires (par ambulance et VSL) ⁽⁵⁾	100% de la dépense
Cures thermales	Cures thermales : honoraires de surveillance et hydrothérapie	Forfait de 1000 € par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾
	Placements en sanatoriums, préventoriums	
	Placements en aérums, maisons d'enfants spécialisées, centres de convalescence	
Appareillage	Prothèse oculaire	200% BRSS ⁽⁷⁾
	Prothèse auditive	200% BRSS ⁽⁷⁾
	Appareillage LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables)	200% BRSS ⁽⁷⁾
Action sociale Livre II	Aide exceptionnelle frais de santé	Voir tableau « Action sociale » Unéo-Référence
	Aide naissance ou adoption	
	Aide obsèques	
	Aide financière lors du décès des enfants de moins de douze ans, des majeurs en tutelle, des personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation	

⁽¹⁾ Dans la limite de 18€ / jour. Sur présentation de la facture acquittée. FJH en cas d'hospitalisation psychiatrique limité à 60 jours/année civile.

⁽²⁾ Pour un enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans s'il est handicapé.

⁽³⁾ Frais de repas et d'hébergement uniquement (**frais de transport exclus**).

⁽⁴⁾ Prise en charge du transport par voie aérienne en cas d'hospitalisation médicalement justifiée des adhérents affectés ou résidents à Wallis et Futuna dans les limites suivantes :

- pour le membre participant ou l'ayant droit majeur (seul) : 1 200 € ;
- pour un ayant droit (seul) âgé de moins de 12 ans : 740 € ;
- pour un ayant droit (seul) mineur âgé de plus de 12 ans : 1 200 € ;
- pour le membre participant accompagné de son ayant droit âgé de moins de 12 ans : 1 840 € ;
- pour le membre participant accompagné de son ayant droit mineur âgé de plus de 12 ans : 2 200 €.

⁽⁵⁾ Prise en charge dans le cadre d'une prescription médicale.

⁽⁶⁾ Suivies dans des établissements thermaux sous surveillance médicale.

⁽⁷⁾ Base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

Exclusions des tableaux pour la garantie santé de base « Nouvelle-Calédonie » (souscrite avant le 1er janvier 2018)

Sont exclus des tableaux :

- les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ou dans la Nomenclature des actes cliniques ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans ces classifications, lorsqu'ils ne sont pas expressément pris en charge par l'une de ces garanties ;
- les frais de maternité autres que l'accouchement ;
- les frais de procréation médicalement assistée ;
- les frais de déplacement et d'hébergement relatifs aux cures thermales ;
- les placements dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire non spécialisées, les aérums et les séjours dans les maisons familiales de l'action sociale du ministère de la Défense, dans les centres de repos ou dans les établissements similaires ;
- les soins, traitements et produits ayant un but esthétique ;
- les frais d'achat d'instruments ou d'appareils divers (inhalateurs, bassins, pulvérisateurs...), ainsi que les produits diététiques d'hygiène corporelle et les eaux minérales notamment ;
- les placements en maison de retraite ;
- les placements en résidence à l'année en unité de soins gériatriques ;
- les placements en long séjour.

**Barème des cotisations mensuelles pour les garanties optionnelles
(souscrites avant le 1^{er} janvier 2018)**

Âge	Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
0 à 4 ans	5,30 €	5,90 €	7,10 €	20,40 €
5 à 9 ans	5,80 €	6,50 €	7,90 €	22,50 €
10 à 14 ans	6,40 €	7,20 €	8,70 €	24,90 €
15 à 19 ans	7,10 €	7,90 €	9,60 €	27,50 €
20 à 24 ans	8,25 €	9,17 €	11,77 €	31,84 €
25 à 29 ans	9,15 €	10,07 €	12,87 €	34,94 €
30 à 34 ans	10,95 €	11,07 €	14,07 €	38,44 €
35 à 39 ans	12,17 €	12,17 €	15,37 €	42,24 €
40 à 44 ans	13,37 €	13,37 €	16,87 €	46,54 €
45 à 49 ans	15,47 €	15,47 €	19,27 €	53,64 €
50 à 54 ans	17,77 €	17,77 €	22,17 €	61,94 €
55 à 59 ans	20,57 €	20,57 €	25,57 €	71,64 €
60 à 64 ans	23,77 €	23,77 €	29,37 €	82,74 €
65 ans et plus	27,55 €	33,97 €	33,87 €	95,74 €

Prestations pour les garanties optionnelles (souscrites avant le 1^{er} janvier 2018)

Le paiement des prestations par la Mutuelle est strictement limité aux dépenses réellement engagées par les bénéficiaires et restant à leur charge après remboursements de toute nature auxquels ils ont déjà eu droit (remboursement de la Sécurité sociale et/ou de la mutuelle Unéo au titre d'une garantie santé de base ou d'un autre organisme).

Soins courants		Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Honoraires médicaux (1)	Généralistes OPTAM	-	-	-	-
	Généralistes non OPTAM	-	-	-	-
	Spécialistes OPTAM / OPTAM-CO	3,50 € par consultation dans la limite de 17,50 €/an	4,50 €/consultation dans la limite de 22,50 €/an	5,75 €/consultation dans la limite de 75 €/an	11,50 €/consultation dans la limite de 150 €/an
	Spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs OPTAM / OPTAM-CO				
	Spécialistes non OPTAM / OPTAM-CO				
	Spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs non OPTAM / OPTAM-CO				
	Actes Techniques Médicaux OPTAM / OPTAM-CO	-	-	-	-
	Actes Techniques Médicaux non OPTAM / OPTAM-CO	-	-	-	-
Télésurveillance médicale		-	-	-	-
Radiologie	Actes d'échographie OPTAM	-	-	-	-
	Actes d'échographie non OPTAM	-	-	-	-
	Actes d'imagerie OPTAM	-	-	-	-
	Actes d'imagerie non OPTAM	-	-	-	-
Analyses et examens de laboratoire (1)	Actes de laboratoire OPTAM	-	-	-	-
	Actes de laboratoire non OPTAM	-	-	-	-
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	-	-	-	-
Médicaments	Médicaments à SMR (service médical rendu) important	-	-	-	-
	Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré	-	-	-	-
	Médicaments à SMR (service médical rendu) faible	-	-	-	-
	Pack pharmacie non remboursée (2) Limité à 60 % du montant de la dépense	50 €/an	50 €/an	50 €/an	50 €/an
Matériel médical	Appareillage non remboursé (2) Sur prescription médicale	50 €/an	-	-	50 €/an
	Semelles orthopédiques remboursées (3) Sur prescription médicale	75 €/an	-	-	-
Participation du patient	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	-	-	-
Prévention		Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Prévention	Ostéodensitométrie (2)	-	-	35 €/an	35 €/an

(1) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique)

(2) Non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie

(3) Prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie

Prestations pour les garanties optionnelles (souscrites avant le 1^{er} janvier 2018) (suite)

Le paiement des prestations par la Mutuelle est strictement limité aux dépenses réellement engagées par les bénéficiaires et restant à leur charge après remboursements de toute nature auxquels ils ont déjà eu droit (remboursement de la Sécurité sociale et/ou de la mutuelle Unéo au titre d'une garantie santé de base ou d'un autre organisme).

Médecines douces ⁽¹⁾	Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Ostéopathie/Chiropractie	25 € max/séance	25 € max/séance	25 € max/séance	25 € max/séance
Acupuncture				
Psychologie/ Psychothérapie				
Psychomotricité	Limité à 100 €/an	Limité à 100 €/an	Limité à 100 €/an	Limité à 100 €/an
Séances de Diététique/Nutrition				
Podologie/Pédicurie				

⁽¹⁾ Séances dispensées par un professionnel titulaire d'un numéro ADELI ou RPPS ou FINESS.

Dentaire ⁽¹⁾		Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	Soins et prothèses 100% Santé	-	-	-	-
Soins	Soins dentaires, actes de parodontologie, de prophylaxie bucco-dentaire et d'endodontie	-	-	-	-
	Inlay Onlay	-	-	-	-
Prothèses	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	250 €/an	250 €/an	300 €/an	400 €/an
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	-	-
Implantologie	Implant non remboursé par la sécurité sociale	500 €/an	250 €/an	200 €/an	500 €/an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale					
Orthodontie	Traitement 3 ans maximum	-	150 €/an	-	200 €/an
	1 ^{ère} année de contention	-		-	
	2 ^{ème} année de contention	-	-	-	-
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale					
Parodontologie	Traitement limité à 2 ans de soins (hors contention)	100 €/an	-	-	200 €/an
	Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	-	-	50 €/an	100 €/an

⁽¹⁾ Sont exclus les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf maintenance parodontale.

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement

⁽³⁾ Prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf Inlay Core et Inlay Onlay.

Prestations pour les garanties optionnelles (souscrites avant le 1^{er} janvier 2018) (suite)

Le paiement des prestations par la Mutuelle est strictement limité aux dépenses réellement engagées par les bénéficiaires et restant à leur charge après remboursements de toute nature auxquels ils ont déjà eu droit (remboursement de la Sécurité sociale et/ou de la mutuelle Unéo au titre d'une garantie santé de base ou d'un autre organisme).

Optique		Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Equipements 100% Santé ⁽¹⁾	Monture Verres Prestation d'appairage Supplément pour verres avec filtre	-	-	-	-
Autres verres ou montures ^{(2) (3)}	Monture	100 €/an	150 €/an	200 €/an	500 €/an
	Verres unifocaux simples (a1, a2, a3)				
	Verres unifocaux complexes (c1, c2, c3, c4)				
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c5, c6, c7)				
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f1, f2, f3, f4)				
	Verre neutre				
Autres suppléments et prestations	Suppléments (hors produits d'entretien) et prestations optiques				
Lentilles	Lentilles remboursées par la sécurité sociale				
	Lentilles non remboursées par la sécurité sociale (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)				
Chirurgie réfractive	Chirurgie réfractive de l'œil ⁽⁴⁾	-	200 €/œil/an	500 €/œil/an	500 €/œil/an

⁽¹⁾ Tels que définis réglementairement

⁽²⁾ Afin de respecter les critères du contrat responsable, la prise en charge par la Mutuelle ne peut en aucun cas excéder les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation. Si, par le jeu de la garantie santé de base et de la garantie Renfort souscrites, la prise en charge par la Mutuelle venait à excéder les plafonds réglementaires, celle-ci serait limitée aux prises en charge maximales autorisées, précisées ci-après et notamment à hauteur de 100 € maximum pour une monture (cf. chapitre « Garanties responsables et solidaires »).

Le remboursement est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement

⁽³⁾ Voir tableau de correspondance dans le chapitre « Garanties responsables et solidaires »

⁽⁴⁾ Hors implant, non associée à la chirurgie à visée thérapeutique prise en charge par la Sécurité sociale (exemple : cataracte, greffe de cornée).

Prestations pour les garanties optionnelles (souscrites avant le 1^{er} janvier 2018) (suite)

Le paiement des prestations par la Mutuelle est strictement limité aux dépenses réellement engagées par les bénéficiaires et restant à leur charge après remboursements de toute nature auxquels ils ont déjà eu droit (remboursement de la Sécurité sociale et/ou de la mutuelle Unéo au titre d'une garantie santé de base ou d'un autre organisme).

Hospitalisation		Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Honoraires ⁽¹⁾	Actes de chirurgie et d'anesthésie	-	-	150 €/an	150 €/an
Forfait hospitalier	Journalier Forfait Journalier Hospitalier	-	-	-	-
Forfait Urgences	Patient Forfait Patient Urgences	-	-	-	-
Participation patient	du Forfait 24 € pour coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	-	-	-
Frais de séjour	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	-	-	-	-
Chambre Particulière	Hospitalisation avec hébergement (y compris pour la rééducation)	-	-	-	-
	Soins de Suite et Réadaptation	-	-	-	-
	Hospitalisation sans hébergement	-	-	-	-
Frais d'accompagnant ⁽²⁾	Lit d'accompagnant pour hospitalisation et/ou rééducation dans un établissement sanitaire Limité à 60 jours	-	20 €/jour	20 €/jour	40 €/jour
Frais de connexion	Forfait par jour d'hospitalisation et/ou rééducation dans un établissement sanitaire (internet et téléphone) Limité à 60 jours	3 €/jour	3 €/jour	3 €/jour	6 €/jour
Autres structures hospitalières	Séjour en aérarium, préventorium, sanatorium	-	-	-	-
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée ou non	-	-	-	-
	Maison de repos et convalescence	-	-	-	-

⁽¹⁾ OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique)

⁽²⁾ En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire

Le paiement des prestations par la Mutuelle est strictement limité aux dépenses réellement engagées par les bénéficiaires et restant à leur charge après remboursements de toute nature auxquels ils ont déjà eu droit (remboursement de la Sécurité sociale et/ou de la mutuelle Unéo au titre d'une garantie santé de base ou d'un autre organisme).

Cures thermales		Renfort Jeune	Renfort Famille	Renfort Senior	Renfort Plus
Honoraires	Surveillance médicale (soins)	-	-	-	-
	Hydrothérapie				
	Hospitalisation				
Transport et hébergement ⁽³⁾	Transport et hébergement sous condition de ressources	-	-	-	-
	Transport et hébergement sans condition de ressources	-	-	75 €/an	100 €/an

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

(3) Les frais de transport sont remboursés sur la base de 0,32 €/km pour un déplacement en voiture particulière. Les frais de péage et de parking ne sont pas pris en compte dans les frais de transport.

Le forfait annuel intervient en complément de toute participation éventuelle de la Sécurité sociale, dans la limite de la dépense engagée.

**Barème des cotisations mensuelles pour la garantie surcomplémentaire
(souscrite avant le 1^{er} janvier 2018)**

Âge	Unéo - Extension santé
0 à 4 ans	9,28 €
5 à 9 ans	10,91 €
10 à 14 ans	13,13 €
15 à 19 ans	15,36 €
20 à 24 ans	17,58 €
25 à 29 ans	19,80 €
30 à 34 ans	21,81 €
35 à 39 ans	22,44 €
40 à 44 ans	23,07 €
45 à 49 ans	23,70 €
50 à 54 ans	26,38 €
55 à 59 ans	27,63 €
60 à 64 ans	28,62 €
65 ans et plus	30,96 €

Prestations santé pour la garantie surcomplémentaire (souscrite avant le 1^{er} janvier 2018)

La Mutuelle intervient sous déduction des remboursements déjà opérés par le régime d'assurance maladie obligatoire et par le(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire respectant les prises en charge minimales fixées pour les contrats responsables, dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge fixés pour les contrats responsables. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou en euros.

	Soins courants	Unéo-Extension santé
Honoraires médicaux (1) (2)	Généralistes OPTAM	55%
	Généralistes non OPTAM	35%
	Spécialistes OPTAM / OPTAM-CO	55%
	Spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs OPTAM / OPTAM-CO	70%
	Spécialistes non OPTAM / OPTAM-CO	35%
	Spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs non OPTAM / OPTAM-CO	50%
	Actes Techniques Médicaux OPTAM / OPTAM-CO	55%
	Actes Techniques Médicaux non OPTAM / OPTAM-CO	35%
Télésurveillance médicale		-
Radiologie	Actes d'échographie OPTAM	55%
	Actes d'échographie non OPTAM	35%
	Actes d'imagerie OPTAM	55%
	Actes d'imagerie non OPTAM	35%
Analyses et examens de laboratoire (1) (2)	Actes de laboratoire OPTAM	55%
	Actes de laboratoire non OPTAM	35%
Honoraires paramédicaux (1)	Auxiliaires médicaux	35%
Médicaments (1) (3)	Médicaments à SMR (service médical rendu) important	-
	Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré	70%
	Médicaments à SMR (service médical rendu) faible	-
	Autres médicaments sur prescription médicale non remboursés (NR) ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché	-
Matériel médical (1) (4)	Dispositifs médicaux répertoriés dans la liste des produits et prestations	160%
	Dispositifs médicaux non répertoriés dans la liste des produits et prestations, sur prescription	165%
Participation du patient	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-

(1) Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole

(2) OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique)

(3) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents.

(4) Sont exclus les matériels médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

Prestations santé pour la garantie surcomplémentaire (souscrite avant le 1er janvier 2018) (suite)

	Prévention	Unéo-Extension santé
Prévention	Vaccin non pris en charge par la SS (sur prescription médicale) ⁽¹⁾	40 € par vaccin
	Contraceptif non pris en charge par la SS (sur prescription médicale)	30 € / an
	Sevrage tabagique non remboursé par la SS (sur prescription médicale)	20 € / an

⁽¹⁾ Limité à 3 vaccins par an

	Médecines douces ⁽¹⁾	Unéo-Extension santé
Ostéopathie/Chiropractie	3 séances par an pour chaque groupe de spécialités	20 € / séance
Acupuncture		15 € / séance
Psychologie/ Psychothérapie		20 € / séance
Psychomotricité		20 € / séance
Séances de Diététique/Nutrition		30 € / séance
Podologie/Pédicurie		15 € / séance

⁽¹⁾ Séances dispensées par un professionnel titulaire d'un numéro ADELI ou RPPS ou FINESS.

	Dentaire ⁽¹⁾	Unéo-Extension santé
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	Soins et prothèses 100% Santé	-
Autres soins ⁽⁴⁾	Soins dentaires, actes de parodontologie, de prophylaxie bucco-dentaire et d'endodontie	-
	Inlay Onlay avec reste à charge maîtrisé ⁽³⁾ ou tarif libre	175%
Autres prothèses ⁽⁴⁾	Prothèses dentaires (dont prothèses sur implant) remboursées par la Sécurité sociale avec reste à charge maîtrisé ⁽³⁾ ou tarif libre	195%
	Inlay-core	175%
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-
Implantologie	Implant non remboursé par la sécurité sociale ⁽⁵⁾	300 € par implant
Orthodontie ⁽⁴⁾	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (traitement commencé avant 16 ans)	
	Traitement 3 ans maximum	175%
	1 ^{ère} année de contention	175%
	2 ^{ème} année de contention	145%
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement « adulte » commencé après 16 ans)	
	Traitement 2 ans maximum	-
Parodontologie	Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	300 €/an

⁽¹⁾ Sont exclus les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf maintenance parodontale.

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement

⁽³⁾ Dans la limite des honoraires limites de facturation

⁽⁴⁾ Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole

⁽⁵⁾ Par implant racine, dans la limite de 3 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage.

Prestations santé pour la garantie surcomplémentaire (souscrite avant le 1er janvier 2018) (suite)

Optique		Unéo-Extension santé
Equipements 100% Santé (1)	Monture Verres Prestation d'appairage Supplément pour verres avec filtre	-
Autres verres ou montures (2) (3) (4)	Equipement a	85 €
	Equipement b (a+c)	75 €
	Equipement c	65 €
	Equipement d (a+f)	75 €
	Equipement e (c+f)	65 €
	Equipement f	65 €
Autres suppléments et prestations	Suppléments et prestations optiques	-
Lentilles	Remboursées par la SS Y compris verres de contact (TM inclus)	130 € / an
	Non prises en charge (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	90 € / an
Acte chirurgical	Chirurgie réfractive de l'œil	300 €/œil/an

(1) Tels que définis réglementairement

(2) Dans la limite des prix limites de vente

(3) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du dernier élément de cet équipement.

(4) Définition des équipements optiques : voir tableau de correspondance dans le chapitre « Garanties responsables et solidaires »

Prestations santé pour la garantie surcomplémentaire (souscrite avant le 1er janvier 2018) (suite)

Hospitalisation ⁽¹⁾		Unéo-Extension santé
Honoraires ^{(2) (3)}	Chirurgiens OPTAM / OPTAM-CO	70%
	Chirurgiens non OPTAM / OPTAM-CO	50%
	Anesthésistes Réanimateurs OPTAM	70%
	Anesthésistes Réanimateurs non OPTAM	50%
	Obstétriciens OPTAM / OPTAM-CO	70%
	Obstétriciens non OPTAM / OPTAM-CO	50%
	Médecins (honoraires de surveillance) OPTAM	70%
	Médecins (honoraires de surveillance) non OPTAM	50%
	Actes Techniques Médicaux OPTAM / OPTAM-CO	70%
	Actes Techniques Médicaux-non OPTAM / OPTAM-CO	50%
Participation du patient	Forfait 24 € pour coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-
Frais de séjour	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	-
Forfait Journalier Hospitalier	Forfait Journalier Hospitalier (FJH)	-
Forfait Patient Urgences	Forfait Patient Urgences	-
Chambre Particulière	Hospitalisation avec hébergement (y compris pour la rééducation)	40 € / jour
	Soins de Suite et Réadaptation ⁽⁴⁾	30 € / jour
	Hospitalisation sans hébergement ⁽⁵⁾	16 €
Frais d'accompagnant ⁽⁶⁾	Enfant de moins de 16 ans	30 € / jour
	Enfant handicapé de moins de 20 ans	30 € / jour
Frais de télévision	Forfait par jour d'hospitalisation	6 € / jour
Autres structures hospitalières	Séjour en aérîum, préventorium, sanatorium	-
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée ou non	-
	Maison de repos et convalescence	-

⁽¹⁾ Sont exclues les hospitalisations non prises en charge par la Sécurité sociale.

⁽²⁾ Taux exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

⁽³⁾ OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins spécialistes de secteur 2) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique)

⁽⁴⁾ Exclusion de la prise en charge de la chambre particulière en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

⁽⁵⁾ Hospitalisation sans hébergement pour la chirurgie et/ou l'anesthésie ambulatoire.

⁽⁶⁾ Frais de repas et d'hébergement uniquement (frais de transport exclus).

Prestations santé pour la garantie surcomplémentaire (souscrite avant le 1er janvier 2018) (suite)

Aides auditives ⁽¹⁾		Unéo-Extension santé
Equipements 100% Santé ⁽²⁾	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus)	-
	Aides auditives (20 ans et plus)	
Autres aides auditives	Aides (jusqu'à 19 ans inclus)	160% ⁽³⁾
	Aides auditives (20 ans et plus)	

Transports		Unéo-Extension santé
Pris en charge par la SS	Acte médical prescrit	-
Non pris en charge par la SS	Acte médical prescrit mais non remboursé par la SS	-

Cures thermales ⁽⁴⁾		Unéo-Extension santé
Honoraires	Surveillance médicale (soins)	30% ⁽³⁾
	Hydrothérapie	35% ⁽³⁾
	Hospitalisation	20% ⁽³⁾
Transport et hébergement ⁽⁵⁾	Sous condition de ressources	35% ⁽³⁾
Transport et hébergement Forfait annuel	Sans condition de ressources	-

⁽¹⁾ Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement

⁽³⁾ De la base de remboursement de la Sécurité sociale de Métropole.

⁽⁴⁾ **Sont exclues les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale.**

⁽⁵⁾ Les frais de transport sont remboursés sur la base de 0,32 €/km pour un déplacement en voiture particulière. Les frais de péage et de parking ne sont pas pris en compte dans les frais de transport. **Sont exclus les frais de repas pris à l'extérieur de l'établissement thermal.**

Garanties responsables et solidaires

Les prestations au titre des garanties santé de base Unéo-Référence, des garanties optionnelles et de la garantie surcomplémentaire respectent l'ensemble des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et aux articles d'application R. 871-1 et R. 871-2 du même Code.

Toutes les prestations prévues à titre obligatoire par les dispositions précitées font l'objet du mécanisme du tiers payant, au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

Elles ne couvrent pas la participation et la franchise respectivement mentionnées à l'article L. 160-13 du Code précité à l'exception de la participation forfaitaire de 24 € (décret du 27 décembre 2018) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des adhérents.

**Poste optique : classification des équipements optiques par catégories
selon la réglementation relative aux contrats responsables,
et plafonds de remboursement correspondants**

Unifocaux/ Multifocaux/ Progressifs	Codes LPP	Correspondance Décret contrat responsable ⁽¹⁾	Plafond de remboursement
UNIFOCAUX	2264803 ; 2225329 ; 2288353 ; 2258895 ; 2293555 ; 2200335 ;	a) 1 ^{er} tîret (a1)	420 €
	2208756 ; 2209460 ; 2218542	a) 2 ^{ème} tîret (a2)	
	2229824 ; 2262678 ; 2281598	a) 3 ^{ème} tîret (a3)	
	2233033 ; 2292053 ; 2241162 ; 2203486 ; 2234044 ; 2237947	c) 1 ^{er} tîret (c1)	700 €
	2211190 ; 2210983 ; 2243920 ; 2229824 ; 2262678 ; 2281598 ; 2247041 ; 2241529 ; 2249152 ; 2218542	c) 2 ^{ème} tîret (c2)	
	2286800 ; 2257447 ; 2255856 ; 2276048 ; 2224778 ; 2224287	c) 3 ^{ème} tîret (c3)	
	2247041 ; 2241529 ; 2249152	c) 4 ^{ème} tîret (c4)	
MULTIFOCAUX	2267552 ; 2234788 ; 2279650 ; 2226910 ; 2263494 ; 2240323 ; 2224732 ; 2222118	c) 5 ^{ème} tîret (c5)	700 €
	2288695 ; 2291674 ; 2213711 ; 2259340	c) 6 ^{ème} tîret (c6)	
	2215213 ; 2234021 ; 2297530 ; 2222176	c) 7 ^{ème} tîret (c7)	
	2214515 ; 2266989 ; 2220088 ; 2268505 ; 2251924 ; 2205321 ; 2264401 ; 2267492	f) 1 ^{er} tîret (f1)	800 €
	2212025 ; 2229155 ; 2291065 ; 2282920	f) 2 ^{ème} tîret (f2)	
	2265412 ; 2218849 ; 2299925 ; 2243623	f) 3 ^{ème} tîret (f3)	
	2215503 ; 2284697	f) 4 ^{ème} tîret (f4)	
PROGRESSIFS	2263494 ; 2240323 ; 2224732 ; 2222118	c) 5 ^{ème} tîret (c5)	700 €
	2203948 ; 2230750 ; 2210434 ; 2208064	c) 6 ^{ème} tîret (c6)	
	2292277 ; 2269692 ; 2210109 ; 2226926	c) 7 ^{ème} tîret (c7)	
	2297263 ; 2295525 ; 2241742 ; 2269516 ; 2219062 ; 2202430 ; 2256420 ; 2293414	f) 1 ^{er} tîret (f1)	800 €
	2260691 ; 2240850 ; 2253834 ; 2245941	f) 2 ^{ème} tîret (f2)	
	2288502 ; 2217809 ; 2242760 ; 2270583	f) 3 ^{ème} tîret (f3)	
	2257750 ; 2285099	f) 4 ^{ème} tîret (f4)	
COMBINAISONS	Par équipement comportant un verre A et un verre C	b)	560 €
	Par équipement comportant un verre A et un verre F	d)	610 €
	Par équipement comportant un verre C et un verre F	e)	750 €

⁽¹⁾ Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires

Actes de prévention

La totalité des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006, J.O. du 18 juin 2006, est prise en charge pour une participation qui couvre l'intégralité du ticket modérateur.

- Scellement des sillons sur les 1^{re} et 2^e molaires avant 14 ans,
- Détartrage une fois par an,
- Premier bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans,
- Dépistage de l'hépatite B,
- Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, tous les 5 ans,
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans,
- Vaccinations, seules ou combinées, contre :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - Coqueluche : avant 14 ans,
 - Hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG : avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes et les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Garanties en inclusion

- Des garanties « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » peuvent être servies dans les conditions figurant sur la notice établie à cet effet par le partenaire.
- Une garantie d'assistance est offerte aux membres participants et à leurs ayants droit dans les conditions précisées par la notice établie à cet effet par le partenaire.
- Une garantie assistance est incluse dans la garantie obligatoire « Décès » dans les conditions précisées par la notice d'information établie par le partenaire.
- Une garantie spécifique d'assistance et de rapatriement est incluse dans les garanties santé de base Unéo-International « Unéo-Monde » dans les conditions précisées par la notice d'information établie par le partenaire.

Dispositif loi dite « Madelin »

Lorsque la mention « Adhésion Loi Madelin » est cochée sur le bulletin d'adhésion, le membre participant devient membre de l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (A.N.P.P.I.). Il pourra bénéficier du dispositif de déduction fiscale prévu par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 modifiée dite « Madelin », sous réserve du respect des dispositions légales et notamment être à jour du versement de ses cotisations aux régimes d'assurance de Sécurité sociale.

Délégation de gestion

La gestion des remboursements des frais de santé résultant de la mise en œuvre des garanties santé de base Unéo-International « Unéo-Monde » est confiée à MSH International, SAS au capital de 2.500.000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 352 807 549, enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 751 et dont le siège social est situé au 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75017 PARIS.

Être présent **à vos côtés**

Dans le cadre d'UNÉOPOLE, la mutuelle Unéo s'est organisée pour élargir l'accueil et l'information de ses adhérents. Vous pouvez trouver des réponses sur votre protection santé et prévoyance aussi bien auprès des conseillers mutualistes Unéo que dans les 315 agences GMF réparties sur l'ensemble du territoire.

Restez en **contact**



Dans les unités militaires

Rencontrez, échangez avec votre conseiller mutualiste Unéo.



Au 0 970 809 000 Appel non surtaxé

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30.

Appelez votre conseiller mutualiste pour bénéficier d'une étude personnalisée.



Unéo'quotidien

Votre espace personnel sur groupe-uneo.fr et l'application mobile (disponible gratuitement sous Android et IOS) vous donnent accès 24 h/24, 7 j/7 à vos services indispensables.



groupe-uneo.fr

Retrouvez les informations sur votre Mutuelle.



Unéo

Siège social - 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex.

Suivez notre **actualité**



groupe-uneo.fr



facebook.com/mutuelleUnéo



instagram/mutuelleUnéo



twitter.com/mutuelleUnéo



fr.linkedin.com/company/mutuelleUnéo



LE TRI
+ FACILE

PROSPECTUS



Protéger la Nation et leurs concitoyens est l'engagement quotidien dont s'acquittent avec dévouement les forces de la communauté sécurité-défense. C'est pour leur témoigner une reconnaissance à la hauteur de leur engagement que la mutuelle Unéo, la mutuelle MGP et GMF se sont unies au sein d'UNÉOPOLE. Ensemble, ces trois acteurs référents de l'économie sociale et solidaire s'engagent à assurer durablement la protection et les conditions de vie des membres de la communauté sécurité-défense en leur apportant des solutions plus spécifiques et plus justes.

Protéger ceux qui nous protègent, rassurer ceux qui nous rassurent : telle est notre mission.

Unéo, MGP et GMF
sont membres d'
UNÉOPOLE
la communauté
sécurité défense

