



Bien plus
au'une mutuelle

SANTÉ | PRÉVOYANCE
PRÉVENTION | ACTION SOCIALE
SOLUTIONS DU QUOTIDIEN

Unéo Engagement

Les garanties santé et prévoyance, référencées par le ministère
des Armées, réservées aux personnels éligibles et à leur famille

PANORAMA DES PRESTATIONS
APPLICABLE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2024

www.groupe-uneo.fr

Suivez-nous sur :



Unéo Engagement

[Garanties référencées par le ministère des Armées]

- 3 -

Protéger ceux qui ont fait le choix de protéger les autres

- 4 -

Des garanties complètes et évolutives

- 6 -

Santé • Panorama des garanties

- 10 -

Santé • Exemples de remboursements

- 22 -

Prévoyance • Panorama des garanties

- 23 -

Unéo-Soutien • Panorama des garanties

- 24 -

Des garanties pour renforcer votre protection

- 25 -

Les repères qui vous facilitent la vie



BR : base de remboursement de la Sécurité sociale française, de la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT)¹ ou de la caisse de prévoyance sociale (CPS)².

CCAM : classification commune des actes médicaux.

COM : collectivités d'outre-mer. **DROM** : départements et régions d'outre-mer.

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) / **OPTAM-CO** (option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgiens et obstétriciens) : dispositifs visant à la maîtrise des tarifs et à la limitation des dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, les soins engagés par les adhérents auprès de praticiens signataires de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO font l'objet d'une prise en charge plus importante par le régime obligatoire et, le cas échéant, par leur couverture complémentaire.

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).

(1) Sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. (2) Sécurité sociale en Polynésie française, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Protéger ceux qui ont fait le choix de protéger les autres

Forte d'une double appartenance militaire et mutualiste, Unéo s'engage au quotidien à garantir aux membres de la communauté défense une protection de qualité pour tous, y compris aux plus fragiles, à des prix justes dans la durée.

Qui peut bénéficier des garanties d'Unéo-Engagement ?

Unéo-Engagement s'adresse principalement aux militaires en activité, aux civils de la Défense et leurs ayants droit, en fonction de leur situation personnelle et professionnelle. Les garanties référencées répondent à des critères précis d'éligibilité⁽¹⁾.

Pour en savoir plus sur les conditions d'éligibilité, n'hésitez pas à contacter votre conseiller mutualiste au 0 970 809 000

*(du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h 30
appel non surtaxé)*

Unéo a été créée par et pour les militaires. Ses délégués et administrateurs sont issus de la diversité militaire et décident dans l'intérêt des personnes protégées. La Mutuelle garantit une protection spécifique en santé, en prévoyance, en prévention et dédie une action sociale unique et des solutions du quotidien à l'ensemble des forces armées. **Des garanties complètes, qui prennent en compte les spécificités des membres de la communauté défense.** En complément, Unéo met à votre disposition des services pour limiter les frais de santé et faciliter à tous l'accès aux bons professionnels, au bon endroit. Aujourd'hui, Unéo est leader en santé sur les personnels militaires du ministère des Armées et leur famille.

LA MUTUELLE DES FORCES ARMÉES À LA HAUTEUR DES EXIGENCES DE LA COMMUNAUTÉ DÉFENSE

Référencée depuis 2011 par le ministère des Armées pour la protection sociale complémentaire de son personnel militaire, Unéo propose des garanties spécifiques, dédiées aux militaires, aux civils de la Défense, et à leur famille, qui reposent sur deux grands principes :

- associer la santé et la prévoyance pour vous protéger complètement ;
- proposer des garanties évolutives, que vous pouvez configurer en fonction de votre situation, de vos besoins et du budget que vous souhaitez y consacrer.

(1) Adhésion soumise au respect des conditions fixées par les statuts d'Unéo et les Notices d'information Unéo-Engagement en vigueur.

Unéo-Engagement, des garanties complètes et évolutives

Afin que chaque membre de la communauté défense puisse choisir — en fonction de sa situation, de ses besoins, du budget qu'il souhaite y consacrer — la protection, liant santé et prévoyance¹, qui lui convient le mieux, la Mutuelle propose Unéo-Engagement. Elle se compose de trois garanties santé et de quatre garanties prévoyance, toutes référencées par le ministère des Armées. Ainsi, c'est vous qui choisissez, pour vous et votre famille, la combinaison santé + prévoyance qui vous correspond².

Unéo-Engagement Santé

Trois garanties au choix qui prévoient le remboursement des frais de santé de vos dépenses dans les principaux postes de soins : soins courants, hospitalisation, optique, dentaire et aides auditives.



OBJECTIF 1

Une protection pensée pour débiter votre vie personnelle et professionnelle.



OBJECTIF 2

Une protection adaptée aux besoins de toute votre famille.



OBJECTIF 3

Une protection élargie sur tous les postes de soins.



Unéo-Engagement Prévoyance

[GARANTIES RÉSERVÉES AUX MILITAIRES EN ACTIVITÉ DE SERVICE ET AUX CIVILS DE LA DÉFENSE¹]

Quatre garanties au choix qui prennent en compte les spécificités de votre métier et vous aident à maintenir un revenu en cas d'incapacité à servir ou d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès.



POSITION A

Incapacité à servir/Incapacité de travail

Des indemnités mensuelles en cas de perte de revenus suite à un placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie.

Décès/Invalidité permanente et absolue

Un capital versé quelle que soit la cause.

Invalidité permanente

Une rente mensuelle versée en cas de reconnaissance de l'invalidité permanente.



POSITION A+



POSITION B

Incapacité à servir/Incapacité de travail

Des indemnités mensuelles renforcées en cas de perte de revenus suite à un placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie.

Décès/Invalidité permanente et absolue

Un capital majoré versé quelle que soit la cause.



POSITION B+

Invalidité permanente

Une rente mensuelle renforcée versée en cas de reconnaissance de l'invalidité permanente.

(1) Les garanties prévoyance ne sont ouvertes qu'aux militaires en activité de service, aux titulaires d'un engagement à servir dans la réserve (ESR), aux agents titulaires (fonctionnaires) actifs, aux ouvriers d'État, aux agents non titulaires de droit public (contractuels) actifs et aux stagiaires (pré-titularisation), les agents civils du ministère des Armées et les agents militaires détachés ou mis à disposition auprès d'autres ministères, établissements publics ou collectivités et les agents en disponibilité, en congé parental et en congé sans traitement. (2) Les garanties sont ouvertes dans les conditions et limites prévues par les Notices d'information Unéo-Engagement pour les militaires et leur famille et pour les civils de la Défense et leur famille.



Services

Unéo²quotidien

Mon Compte 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.

Des services qui vous aident à maîtriser votre budget...

- **Des soins de qualité au prix le plus juste :** vous avez accès à des réseaux de soins de qualité, partout en France, pour réduire votre reste à charge. Vous bénéficiez de tarifs négociés et encadrés dans 496 centres dentaires mutualistes, 1020 établissements hospitaliers conventionnés¹ et auprès de plus de 3 200 opticiens partenaires².

...et vous simplifient vos démarches

- **La télétransmission :** permet le traitement rapide du remboursement de vos frais de santé.
- **Le tiers payant :** évite l'avance des frais de santé.

Les solutions qui vous facilitent la vie

Dédiées aux militaires et à leur famille, Unéo apporte des réponses à vos besoins du quotidien et de tous vos moments de vie.



(1) Conventionnement avec la Fédération nationale de la Mutualité Française. Chiffres au 01/01/23

(2) Appartenance au réseau Santéclair. Chiffres au 01/01/24



Prévention

Une démarche qualité pour la communauté des militaires et leur famille

Pour vous accompagner et vous aider à prendre soin de votre santé :

- des informations, des supports et des outils d'experts reconnus,
- des actions de prévention sur site,
- une démarche qualitative d'accompagnement de vos besoins et de vos différentes situations de vie par des praticiens et des professionnels qui ont une connaissance des spécificités de la condition de militaire ou d'ancien militaire.



Action sociale³

Naissance, maladie, accident, décès ou encore blessure dans l'exercice de votre métier... La vie peut parfois nécessiter une aide exceptionnelle.

Qu'il s'agisse d'événements heureux ou douloureux, se sentir soutenu quoi qu'il arrive fait toute la différence. C'est dans ce but que la Mutuelle a mis en place un dispositif pour vous permettre de bénéficier :

- d'un fonds social, approuvé chaque année en Assemblée générale Unéo, consacré aux versements d'aides et notamment d'une aide exceptionnelle aux frais de santé ;
- d'aides financières au paiement des cotisations santé Unéo pour que les plus fragiles aient accès à une protection de qualité⁴.

En complément, les mutuelles militaires d'accompagnement social (La Caisse Nationale du Gendarme et Solidarm) proposent un accompagnement social spécifique adapté à toutes les situations auxquelles les membres de la communauté défense peuvent faire face⁵.

La mutualité militaire apporte ainsi un soutien dans les bons comme dans les moins bons moments.

(3) Sous réserve d'adhésion à une garantie d'Unéo-Référence, d'Unéo-Engagement ou d'Unéo-International.

(4) Le bénéfice de ces aides est soumis aux conditions définies dans les documents contractuels en vigueur et à l'étude du dossier par la commission sociale selon les conditions définies par la Mutuelle.

(5) Sous conditions précisées dans le Règlement mutualiste de chaque mutuelle militaire d'accompagnement social.

Unéo-Ciblage

À choisir directement ou à conjuguer avec les garanties d'Unéo-Référence, d'Unéo-Engagement ou d'Unéo-International⁶.

(6) Selon les conditions précisées dans le Règlement mutualiste Unéo-Ciblage.

Unéo-Engagement Santé

[Garanties référencées par le ministère des Armées]

Les membres de la communauté défense et leur famille peuvent bénéficier d'Unéo-Engagement Santé.

Choisissez, parmi les trois garanties santé référencées par le ministère des Armées, celle qui correspond le mieux à votre situation personnelle et professionnelle, à vos besoins et au budget que vous souhaitez y consacrer.

PANORAMA DES GARANTIES

Bon à savoir :

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale française, de la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT)¹ ou de la Caisse de prévoyance sociale (CPS)².

CCAM : classification commune des actes médicaux.

DPTM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

(OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée / OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée-chirurgiens et obstétriciens)

DROM : départements et régions d'outre-mer.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

HLF : honoraires limites de facturation.

PLV : prix limite de vente.

RSS : remboursé par la Sécurité sociale.

TM : ticket modérateur. Il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise.

(1) Sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. (2) Sécurité sociale en Polynésie française.

Remboursements pour des prestations effectuées en France y compris DROM et COM

Hospitalisation¹ (sous déduction de la Sécurité sociale)

		Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier ²		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait patient urgences		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires Actes de chirurgie Actes d'anesthésie Actes techniques médicaux Autres honoraires	Adhérents DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
	Non adhérents DPTM	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Chambre particulière ³	Avec nuitée	30 € / jour max 30 jours / an	45 € / jour max 40 jours / an	60 € / jour max 50 jours / an
	En ambulatoire	15 €	20 €	25 €
Lit accompagnant ^{4,5}		15 € / jour	30 € / jour	45 € / jour max 30 jours
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

(1) Sont exclues les hospitalisations non prises en charge par la Sécurité sociale. (2) À l'exclusion du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux, tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et par les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). (3) Exclusion de la prise en charge de la chambre particulière en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS). (4) Frais de repas et d'hébergement uniquement (frais de transport exclus). (5) Remboursement lié à l'hospitalisation du bénéficiaire.

Transports (sous déduction de la Sécurité sociale)

	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Remboursements pour des prestations effectuées en France y compris DROM et COM

Soins courants (sous déduction de la Sécurité sociale)

			Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Honoraires médicaux	Généralistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	120 % BR	150 % BR	170 % BR
		Non adhérents DPTM	100 % BR	130 % BR	150 % BR
	Spécialistes (consultations et visites)	Adhérents DPTM	120 % BR	150 % BR	170 % BR
		Non adhérents DPTM	100 % BR	130 % BR	150 % BR
	Actes de chirurgie, actes techniques médicaux	Adhérents DPTM	150 % BR	175 % BR	200 % BR
		Non adhérents DPTM	130 % BR	155 % BR	180 % BR
	Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie	Adhérents DPTM	120 % BR	150 % BR	170 % BR
		Non adhérents DPTM	100 % BR	130 % BR	150 % BR
Sages femmes			100 % BR	100 % BR	100 % BR
Télésurveillance médicale			100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire			100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments	Remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale		50 € / an	100 € / an	150 € / an
	Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale		50 € / an	100 € / an	150 € / an
	Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale		100 € / an	150 € / an	200 € / an
Matériel médical	Orthopédie, autres prothèses et appareillages (hors auditives et hors optique)		100 % BR	200 % BR	250 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds			100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Cures thermales ¹	Frais d'établissement, d'hébergement et de transport ²		100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Honoraires		100 % BR	100 % BR	100 % BR

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

Remboursements pour des prestations effectuées en Métropole et dans les DROM et COM (sauf N^{elle} Calédonie et Wallis et Futuna)

Thérapies complémentaires remboursées par la Sécurité sociale

		Part Sécurité sociale	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Consultations psychologues ²	8 séances par an	60 %	100 % BR (8 max/an)	100 % BR (8 max/an)	100 % BR (8 max/an)

(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.

Thérapies complémentaires non remboursées par la Sécurité sociale

	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, étioopathie ³	20 € / séance (3 max / an)	25 € / séance (4 max / an)	30 € / séance (5 max / an)

(3) Séances dispensées par un professionnel titulaire d'un numéro ADELI (Automatisation DEs Listes - répertoire national qui recense les professionnels de santé réglementés, qu'ils exercent en libéral ou salarial), RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) ou FINESS (Fichier national des Établissements Sanitaires et Sociaux), ou inscrit sur le Registre national des étioopathes.

Remboursements pour des prestations effectuées en France y compris DROM et COM

Aides auditives (sous déduction de la Sécurité sociale)

		Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Équipements 100 % santé ¹	Aides auditives pour les personnes > 20 ans	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV ²	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV ²	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV ²
	Aides auditives pour les personnes ≤ 20 ans ou atteintes de cécité			
Équipements libres ³	Aides auditives pour les personnes > 20 ans	150 % BR ²	300 % BR ²	400 % BR ²
	Aides auditives pour les personnes ≤ 20 ans ou atteintes de cécité	150 % BR ²	300 % BR ²	400 % BR ²
Piles et autres consommables remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	200 % BR	200 % BR

(1) Équipements de classe I, tels que définis réglementairement. (2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). (3) Équipements de classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

Dentaire¹ (sous déduction de la Sécurité sociale)

		Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	
Soins et prothèses 100 % Santé ²	Inlay Core	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	
	Autres soins prothétiques et prothèses dentaires				
Prothèses	Panier maîtrisé ³	Inlay, onlay	150 % BR dans la limite des HLF	250 % BR dans la limite des HLF	350 % BR dans la limite des HLF
		Inlay Core	200 % BR dans la limite des HLF	300 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF
		Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR dans la limite des HLF	300 % BR dans la limite des HLF	400 % BR dans la limite des HLF
	Panier libre ⁴	Inlay, onlay	150 % BR	250 % BR	350 % BR
		Inlay Core	200 % BR	300 % BR	400 % BR
		Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Soins	Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Autres actes dentaires	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	200 % BR	300 % BR	400 % BR	
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 € / an	200 € / an	400 € / an	
	Implants dentaires	200 € / implant (max 2 / an)	300 € / implant (max 3 / an)	400 € / implant (max 3 / an)	
	Parodontologie	100 % BR	150 % BR	200 % BR	

(1) Sont exclus les actes ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement. (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement. (4) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique (sous déduction de la Sécurité sociale)

Remboursements pour des prestations effectuées en France y compris DROM et COM

		Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3
Équipements 100 % santé¹	Bénéficiaire de 16 ans et + (monture + 2 verres) ²	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
	Bénéficiaire de moins de 16 ans (monture + 2 verres) ²			
	Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
	Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
Équipements libres³	Verre unifocal simple ⁴	100 % BR + 30 € / verre	100 % BR + 50 € / verre	100 % BR + 80 € / verre
	Verre unifocal complexe ⁴	100 % BR + 75 € / verre	100 % BR + 90 € / verre	100 % BR + 120 € / verre
	Verre multifocal simple ⁴	100 % BR + 80 € / verre	100 % BR + 100 € / verre	100 % BR + 130 € / verre
	Verre multifocal complexe ⁴	100 % BR + 90 € / verre	100 % BR + 120 € / verre	100 % BR + 160 € / verre
	Monture	100 % BR + 50 € / monture	100 % BR + 60 € / monture	100 % BR + 70 € / monture
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B	Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
	Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
	Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 50 € / an	100 % BR + 100 € / an	100 % BR + 150 € / an
	Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	50 € / an	100 € / an	150 € / an
	Chirurgie réfractive de l'œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Pour en savoir plus sur le panachage des verres et monture, consultez la notice d'information y afférente. (2) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la liste des produits et prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après : • Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. • Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. • Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations précisées dans la notice d'information y afférente. (3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement. Pour en savoir plus sur le panachage des verres et monture, consultez la notice d'information y afférente. Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.(4) Cf. tableau de concordance des verres reproduit au sein de la notice d'information. Pour en savoir plus, consultez la notice d'information y afférente.

Les prestations sont versées dans les conditions et limites prévues par les Notices d'information Unéo-Engagement pour les militaires et leur famille, et pour les civils de la Défense et leur famille.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS⁽¹⁾ DE FRAIS DE SANTÉ

Objectif 1

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	30,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00€	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €

Séjour sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	16,75 €	8,80 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	15,75 €	15,20 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	41,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Objectif 1 (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des HLF	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	168,00 €	314,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	311,00 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0,00 €
Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 €, (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	110,06 €	245,85 €
Verres progressifs et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	210,06 €	409,85 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	50,00€	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	600,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	965,00 €

AUTRES EXEMPLES

Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,18 €	6,45 €	16.37 €
Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	40,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	32,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	35,00 €
Dietéticien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	11,54 €	208,64 €
Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	168,00 €	310,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	1 100,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Objectif 2

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	45,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
"Opération en secteur privé : honoraires chirurgien"	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
"Opération en secteur privé : honoraires chirurgien"	463,00 €	271,70 €	271,70 €	149,43 €	41,87 €

Séjour sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	25,20 €	5,75 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	13,80 €	35,10 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	13,80 €	36,10 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Objectif 2 (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des HLF	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	194,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	117,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	160,06 €	195,94 €
Verres progressifs et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	260,06 €	359,94 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	800,00€	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	960,00 €	365,00 €
AUTRES EXEMPLES					
Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,68 €	6,45 €	15,87 €
Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	25,00 €	35,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	25,00 €	27,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	25,00 €	30,00 €
Dietéticien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	40,40 €	179,78 €
Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	190,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	1 000,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Objectif 3

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
--	---	--	---	--	----------------

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	60,00 €	Selon les frais engagés

Séjour avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463,00 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €

Séjour sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public / privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 € de participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat AMC	1,00 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1,00 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (avec un plafond à 100% BR)	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	15,10 €	18,40 €	30,50 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	19,40 €	30,50 €
Matériel médical	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Objectif 3 (suite)

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des HLF	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	74,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Traitement par semestre (6 semestres max.)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0,00 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verres simples et monture	107,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	230,06 €	125,94 €
Verres progressifs et monture	239,00 € (par verre) + 142,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	330,06 €	289,94 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	150,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	1 000,00 €	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	1 325,00 €	0,00 €
AUTRES EXEMPLES					
Soins courants	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Kinésithérapeute avec dépassement d'honoraires	32,00 €	16,13 €	9,68 €	6,45 €	15,87 €
Thérapies complémentaires	Prix moyen national	BR	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ostéopathe	60,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	30,00 €
Chiropracteur	52,50 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	22,50 €
Acupuncteur	55,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €	25,00 €
Diététicien	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Podologue	30,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,00 €
Matériel médical	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Semelle orthopédique pointure >37 (deux semelles)	237,50 €	28,86 €	17,32 €	54,83 €	165,35 €
Dentaire	Prix moyen national	BR	Prise en charge SS	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	550,00 €	120,00 €	72,00 €	408,00 €	70,00 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	1 200,00 €	0,00 €	0,00 €	400,00 €	800,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Unéo-Engagement Prévoyance

[Garanties référencées par le ministère des Armées]

Unéo-Engagement Prévoyance est dédiée aux militaires et aux civils de la Défense en activité¹, pour leur permettre de préserver leurs proches en cas d'invalidité ou de décès et de maintenir leur niveau de vie en cas d'incapacité à servir ou d'incapacité de travail. Choisissez, parmi les quatre garanties prévoyance référencées par le ministère des Armées, celle qui correspond le mieux à votre situation, à vos besoins et au budget que vous souhaitez y consacrer.

PANORAMA DES GARANTIES

	POSITION A	POSITION A+
Indemnités en cas d'incapacité à servir ou d'incapacité temporaire de travail	75 % du traitement de référence	75 % du traitement de référence
Capital décès/Invalidité permanente et absolue (toutes causes)	100 % du traitement annuel de référence	100 % du traitement annuel de référence
Rente en cas d'invalidité permanente (≥ 60 %)	–	75 % du traitement de référence

	POSITION B	POSITION B+
Indemnités en cas d'incapacité à servir ou d'incapacité temporaire de travail	80 % du traitement de référence	80 % du traitement de référence
Capital décès/Invalidité permanente et absolue (toutes causes)	125 % du traitement annuel de référence	125 % du traitement annuel de référence
Rente en cas d'invalidité permanente (≥ 60 %)	–	80 % du traitement de référence

Le traitement de référence se compose de la solde indiciaire brute, des indemnités et/ou des primes pour les militaires et du traitement indiciaire brut et du régime indemnitaire pour les civils de la Défense. Le traitement de référence est égal à la moyenne de la rémunération brute totale figurant sur les trois derniers bulletins de paie ou solde fournis par le membre participant.

Les prestations sont versées dans les conditions et limites prévues par les Notices d'information Unéo-Engagement pour les militaires et leur famille, et pour les civils de la Défense et leur famille.

Unéo-Soutien

Des garanties optionnelles, en complément de vos garanties d'Unéo-Engagement, pour un appui et un accompagnement au quotidien.



AUTONOMIE¹

Votre avenir et celui de vos proches préservés en cas de perte d'autonomie.

La protection qui vous accompagne, vous et votre famille, en cas de perte d'autonomie à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans l'exercice de vos fonctions ou dans votre vie personnelle.

Vous bénéficiez d'une rente viagère mensuelle de 300 €, exonérée d'impôt sur le revenu, en cas de dépendance totale et d'un service d'assistance : aide-ménagère, livraison de courses, téléassistance...

(1) Le contrat Autonomie est assuré par Mutex. Une garantie assistance assurée par IMA Assurances est incluse dans le contrat Autonomie. Les conditions de ces garanties et services sont détaillées dans les notices d'information y afférentes.



RENFORT ARMÉO²

Une protection renforcée pour faire face à la perte d'autonomie.

En complément de la garantie Autonomie, une protection complète pour vous aider à faire face financièrement, dès la reconnaissance de l'état de dépendance dès GIR 3. Vous bénéficiez d'une rente mensuelle en cas de dépendance, de 300 à 2 000 € par tranche de 100 € et d'un « capital aménagement du domicile », en option, pour réduire le coût des travaux et faciliter votre vie quotidienne.

(2) Le contrat Renfort Arméo est assuré par Mutex. Voir le détail et les conditions dans la notice d'information y afférente.



RAPATRIEMENT/ ASSISTANCE³

Des services d'assistance adaptés à chaque situation de vie.

Des services accessibles dès l'adhésion, pour vous et votre famille, adaptés à chaque situation de vie. Rapatriement en cas de décès d'un proche, aide à la mobilité géographique ou au passage à la vie civile, service à domicile en cas d'hospitalisation imprévue, assistance domestique, information médicale... Vous serez soutenus, vous et votre famille, dans tous les moments importants de votre vie comme dans votre quotidien.

(3) La garantie Rapatriement/Assistance est assurée par IMA Assurances, dont les conditions sont définies dans la notice d'information y afférente.



PASS OPTIMONDE⁴

Une protection renforcée hors des frontières lors de courts séjours à l'étranger.

Vous partez en OPEX, en vacances, en court séjour ou vous vous rendez à l'étranger pour faire vos études ? Sur place, une hospitalisation imprévue ou un accident peut coûter cher. En cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel entraînant une hospitalisation ou un rapatriement, Unéo et IMA Assurances organisent votre transfert et le rapatriement sanitaire, l'avance de vos frais hospitaliers restant à votre charge jusqu'à 100 000 €. Vous bénéficiez également d'une assistance et d'une téléconsultation 24 h/24, 7 j/7.

(4) La garantie Pass Optimonde est assurée par IMA Assurances. Voir le détail et les conditions dans la notice d'information y afférente.

Unéo-Ciblage, des garanties pour renforcer votre protection

Afin que chaque membre de la communauté défense puisse choisir – en fonction de sa situation, de ses besoins, de son budget – la solution qui complète le mieux sa protection santé et prévoyance, la Mutuelle propose Unéo-Ciblage. Vous pouvez choisir la ou les garanties santé ainsi que la ou les garanties prévoyance qui vous correspond(ent) le mieux⁽¹⁾. L'adhésion aux garanties d'Unéo-Ciblage est individuelle.

Unéo-Ciblage Santé



Une protection renforcée afin de répondre aux besoins de chaque membre de votre famille pour les soins onéreux.



Une prise en charge des dépassements d'honoraires améliorée pour être plus serein en cas d'hospitalisation.



Unéo-Ciblage Prévoyance

[POUR LES MILITAIRES EN ACTIVITÉ]



SERVICES D'ASSISTANCE INCLUS

Un soutien financier adapté aux risques de votre métier, pour vous aider à maintenir votre niveau de vie et celui de votre famille en cas de décès ou d'invalidité.



Une protection renforcée pour compenser la perte de primes de spécialités en cas de congé maladie, congé du blessé ou d'incapacité médicale causée par un accident ou une maladie.

[POUR LES CIVILS]



SERVICES D'ASSISTANCE INCLUS

Un soutien financier pour vous aider à maintenir votre niveau de vie et celui de votre famille en cas de décès ou d'invalidité.



Une protection spécifique pour compenser la perte de vos revenus en cas de longue maladie.



Une protection pour compenser la perte de vos primes spécifiques liées à votre mission en cas de rapatriement sanitaire ou en cas d'incapacité médicale, congé maladie ou congé du blessé.



Une protection spécifique, réservée aux civils (fonctionnaires ou salariés), pour compenser la perte de revenus en cas d'arrêt de travail.

[POUR LES RÉSERVISTES]



Un soutien financier pour maintenir votre niveau de vie et celui de votre famille en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès à la suite d'un accident dans l'exercice de votre activité de réserve.

[POUR LES CIVILS DE LA DÉFENSE ET LES CIVILS DE LA GENDARMERIE]



Une protection renforcée pour compenser la perte de primes de spécialités en cas de congé maladie, congé du blessé ou d'incapacité médicale causée par un accident ou une maladie.

(1) Dans les conditions et limites du Règlement mutualiste d'Unéo-Ciblage en vigueur. (2) Congé statutaire soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie.

Les solutions qui vous facilitent la *vie*

Dédiées aux militaires et à leur famille, Unéo vous apporte des réponses à vos besoins du quotidien.

Engagé

Une démarche qualité pour la communauté des militaires et leur famille

Une démarche prévention répondant à la fois aux enjeux spécifiques de santé des militaires et de leur famille et aux enjeux nationaux de santé publique, des informations et des outils d'experts reconnus, des professionnels qui vous accompagnent dans vos besoins et vos situations de vie.

Avantagé

Vacances, maison, bien-être, sport...

Des bons plans pour vous aider à maîtriser votre budget et vous accompagner au quotidien.

Des services et des équipements à des prix négociés même sur les promotions.

Assurances auto/moto, habitation...

Des solutions d'assurance GMF à des tarifs préférentiels et pensées exclusivement pour vous.

Crédits consommation, épargne, retraite...

Une sélection de services financiers pour vos projets de vie, pensés pour vous et qui vous font bénéficier d'un traitement privilégié.

www.groupe-uneo.fr



Bien plus
qu'une mutuelle

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

Accédez à vos informations, documents,
démarches et remboursements 24h/24, 7j/7
sur votre application mobile Unéo'quotidien.

groupe-uneo.fr

Retrouvez les informations sur votre mutuelle.

Unéo - Mon service client

TSA 81415 - 53106 Mayenne Cedex

Pour vos demandes de changement
de situation, vos remboursements, devis,
en indiquant votre numéro d'adhérent.

Être présent à vos côtés

Unéo est à vos côtés et fera
toujours de son mieux pour
vous accueillir et répondre
à vos besoins.

Vous pouvez trouver des réponses sur
votre protection santé et prévoyance
aussi bien auprès des conseillers
mutualistes Unéo que dans les
304 agences GMF réparties sur
l'ensemble du territoire.

Suivez notre actualité

-  facebook.com/mutuelleUneo
-  twitter.com/mutuelleUneo
-  instagram.com/mutuelleUneo
-  fr.linkedin.com/company/mutuelleuneo
-  youtube.com/@mutuelleuneo