

Unéo-Référence

Afin de garantir à tous une protection sociale de qualité, Unéo vous propose Unéo-Référence. Complètes et spécifiques, les garanties d'Unéo-Référence conjuguent remboursement de soins, assistance, prévoyance et garanties adaptées à chaque situation de vie.



PANORAMA DE LA GARANTIE UTILE

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

Soins de ville courants

		Part Sécurité sociale	Utile
Honoraires médicaux ^{1,2,3}	Honoraires généralistes OPTAM	70 %	50 % BR
	Honoraires généralistes non OPTAM	70 %	30 % BR
	Honoraires spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	70 %	50 % BR
	Honoraires spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 % BR
	Honoraires spécialistes non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	30 % BR
	Honoraires spécialistes chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	80 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	70 %	50 % BR
	Actes techniques médicaux non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	30 % BR
	Sages-femmes	70 %	30 % BR
	Télésurveillance médicale	60 %	40 % BR
Radiologie ^{1,2}	Actes d'échographie OPTAM	70 %	50 % BR
	Actes d'échographie non OPTAM	70 %	30 % BR
	Actes d'imagerie OPTAM	70 %	50 % BR
	Actes d'imagerie non OPTAM	70 %	30 % BR
Analyses et examens de laboratoire ^{1,2,3}	Actes de laboratoires OPTAM	60 %	60 % BR
	Actes de laboratoires non OPTAM	60 %	40 % BR
Honoraires paramédicaux ^{1,3}	Auxiliaires médicaux	60 %	40 % BR
Médicaments ^{3,4}	Médicaments à SMR (service médical rendu) important dont substituts nicotiques	65 %	35 % BR
	Médicaments à SMR (service médical rendu) modéré	30 %	70 % BR
	Médicaments à SMR (service médical rendu) faible	15 %	-
	Autres médicaments sur prescription médicale non remboursés (NR) ayant fait l'objet d'une AMM ⁵	-	-
Matériel médical ^{3,7}	Dispositifs médicaux répertoriés dans la liste des produits et prestations (Taux sur base TC TM inclus)	60 %	40 % BR
	Dispositifs médicaux non répertoriés dans la liste des produits et prestations, sur prescription (Taux sur base TC TM inclus)	65 %	35 % BR
Participation du patient	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	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) À 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 pour les remboursements indiqués en bleu.

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

Prévention

		Part Sécurité sociale	Utile
Prévention	Contraceptif non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	-	30 €/an
	Vaccin non pris en charge par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	-	40 €¹

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

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

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	Utile
Consultations psychologues ²	8 séances par an	60 %	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.

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

Thérapies complémentaires³⁻⁴ non remboursées par la Sécurité sociale

		Part Sécurité sociale	Utile
Ostéopathie	3 séances par an pour chaque groupe de spécialités	-	-
Chiropractie		-	-
Acupuncture		-	-
Psychologie/ Psychothérapie		-	15 € par séance
Psychomotricité		-	-
Séances de Diététique/ Nutrition		-	-
Podologie/ Pédicure		-	-

(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 pour les remboursements indiqués en bleu italique.

L'affichage des prestations d'Unéo respecte les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Les remboursements Unéo sont ainsi calculés en fonction de la **base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale de Métropole** et certaines participations sont conditionnées au respect du parcours de soins coordonnés.

Les taux et montants Sécurité sociale affichés correspondent à une participation standard selon la BR de la Sécurité sociale.

Les remboursements sont basés sur le taux du régime général au 1^{er} janvier 2024, les dépassements d'honoraires sont accordés uniquement dans le cadre du parcours de soins. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais restant à la charge du membre participant (article M. 19 du règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International). Les **participations forfaitaires** sont entendues par année civile.

Les remboursements incluent le **ticket modérateur de la Sécurité sociale** lorsque celui-ci existe.

Dentaire ¹		Part Sécurité sociale	Utile
Soins et prothèses 100% Santé ²	Soins et prothèses 100 % Santé		<i>Aucun reste à charge³</i>
Autres soins ⁴	Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
	Consultations, visites, soins dentaires, actes médicaux de chirurgien-dentiste, actes d'imagerie dentaire, actes de chirurgie dentaire, actes de parodontologie, de prophylaxie bucco-dentaire et d'endodontie.	60 %	40 % BR
	Inlay Onlay ⁵ avec reste à charge maîtrisé ³ ou à tarif libre	60 %	65 % BR
Autres prothèses	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		
	Prothèses dentaires (dont prothèses sur implant) ⁵ avec reste à charge maîtrisé ³ ou à tarif libre	60 %	110 % BR
	Inlay Core ⁵	60 %	65 % BR
	Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale		
	Prothèses dentaires ⁵	-	-
Implantologie	Implant non remboursé par la Sécurité sociale ⁶	-	-
Orthodontie ⁵	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (traitement commencé avant 16 ans)		
	Traitement 3 ans maximum	100 %	25 % BR
	1 ^{re} année de contention	100 %	25 % BR
	2 ^e année de contention	60 %	40 % BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement adulte commencé après 16 ans) ⁷		
	Traitement de 2 ans maximum	-	150 €/an
Parodontologie	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	115 €/an

(1) Sont exclus les actes ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), sauf la maintenance parodontale. (2) Tels que définis réglementairement. (3) Dans la limite des honoraires limités de facturation. (4) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe. (5) Taux sur base TC (tarif de convention), TM inclus. (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 pour les remboursements indiqués en bleu.

Optique

		Part Sécurité sociale	Utile
Équipements 100% Santé ^{1, 3}	Monture		<i>Aucun reste à charge²</i>
	Verres		
	Prestations d'appairage		
	Suppléments pour verres avec filtre		
Autres verres ou montures ^{2, 3, 4}	Monture	0,03 €	50 €
	Verres unifocaux simples (a1)	0,03 €	25 €
	Verres unifocaux simples (a2, a3)	0,03 €	27 €
	Verres unifocaux complexes (c1, c2, c3, c4)	0,03 €	75 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c5)	0,03 €	75 €
	Verres multifocaux ou progressifs complexes (c6, c7)	0,03 €	75 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f1)	0,03 €	75 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f2)	0,03 €	75 €
	Verres multifocaux ou progressifs très complexes (f3, f4)	0,03 €	75 €
	Verre neutre	-	TM
Autres suppléments et prestations	Suppléments et prestations optiques (y compris appareils pour amblyopie)	-	TM
Lentilles	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale y compris verres de contact (TM inclus)	23,69 €/an	180 €/an
	Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (à l'exclusion des lentilles de couleur non correctrices)	-	140 €/an
Chirurgie réfractive	Chirurgie réfractive de l'œil sur prescription ⁵	-	300 € /an/œil

(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 ce dernier. (4) Voir le tableau de correspondance dans le chapitre garanties responsables et solidaires du Règlement mutualiste Unéo-Référence et Unéo-International applicable à compter du 1^{er} janvier 2024. (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 pour les remboursements indiqués 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).

Hospitalisation¹

		Part Sécurité sociale	Utile
Honoraires^{2, 3, 4}	Chirurgiens OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR
	Chirurgiens non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR
	Anesthésistes OPTAM	80 %	90 % BR
	Anesthésistes non OPTAM	80 %	70 % BR
	Obstétriciens OPTAM/OPTAM-CO	80 %	90 % BR
	Obstétriciens non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	70 % BR
	Médecins (honoraires de surveillance) OPTAM	80 %	40 % BR
	Médecins (honoraires de surveillance) non OPTAM	80 %	20 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	80 %	40 % BR
	Actes techniques médicaux non OPTAM/OPTAM-CO	80 %	20 % BR
Participation du patient	Forfait 24 € pour coefficient ≥ 60 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €
Frais de séjour^{2,4}	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	80 %	20 % BR
Forfait journalier hospitalier⁵	Forfait journalier hospitalier (FJH)	-	100 % Frais réels
Forfait patient urgences	Forfait patient urgences (FPU)	-	100 % Frais réels
Chambre particulière	Hospitalisation avec hébergement (y compris pour la rééducation)	-	40 €/jour
	Soins de suite et réadaptation ⁶	-	-
	Hospitalisation sans hébergement ⁷	-	15 €
Frais d'accompagnant⁸	Enfant de moins de 16 ans	-	-
	Enfant handicapé de moins de 20 ans	-	-
Frais de télévision	Forfait par hospitalisation (par jour d'hospitalisation)	-	6 €
Autres structures hospitalières^{2,4}	Séjour en aérium, préventorium, sanatorium	80 %	20 % BR
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée ou non	80 %	20 % BR
	Maison de repos et convalescence	80 %	20 % BR

(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 Sécurité sociale comprennent le 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).

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

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

Aides auditives

		Part Sécurité sociale	Utile
Équipements 100% Santé ^{1,2}	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus)		<i>Aucun reste à charge³</i>
	Aides auditives (20 ans et plus)		
Autres aides prises en charge par la Sécurité sociale ^{1,2}	Aides auditives (jusqu'à 19 ans inclus ou assurés atteints de cécité)	840 €	560 €
	Aides auditives (20 ans et plus)	240 €	710 €
Fournitures et accessoires pour les aides auditives ⁴		60 %	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) : 1700 €. (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.

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

Transports

		Part Sécurité sociale	Utile
Pris en charge par la Sécurité sociale ⁵	Acte médical prescrit	55%	45 % BR
Non pris en charge par la Sécurité sociale	Acte médical prescrit mais non remboursé par la Sécurité sociale	-	-

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

Participation de la Mutuelle dès le premier euro pour les remboursements indiqués en bleu.

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

Cures thermales⁶

		Part Sécurité sociale	Utile
Honoraires ⁷	Surveillance médicale (soins)	70%	30 % BR
	Hydrothérapie	65%	35 % BR
	Hospitalisation	80%	20 % BR
Transports et hébergement ^{7,8}	Sous condition de ressources	65%	35 % BR
Transport et hébergement Forfait annuel ⁸	Sans condition de ressources	-	-

(6) Sont exclues les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale. (7) Les taux affichés en complément de la Sécurité sociale de Métropole comprennent le TM quand il existe. (8) 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 pour les remboursements indiqués en bleu.