

## UNIM Formule Prestige

Prestations garanties versées dans la limite des frais réels	Prestations UNIM au 01/01/2016
- exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), incluent la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;	
- exprimées en euros, s'ajoutent à l'éventuelle part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	
<b>Hospitalisation médicale - chirurgicale - maternité (1)</b>	
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)	225% BRSS (3)
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins)(2)	500% BRSS
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels
Hôpital - Clinique - Service psychiatrique d'un établissement de santé	Frais réels
Frais d'accompagnement (hors restauration)	Frais réels pour enfants mineurs
Frais de séjour et frais de salle d'opération	Frais réels
Chambre particulière (4)	Frais réels
Participation Fofaitaire de 18€	Frais réels
<b>Soins courants - Pharmacie pris en charge par la Sécurité sociale</b>	
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)	140% BRSS
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins)(2)	160% BRSS
Auxiliaires médicaux - Sages-femmes	180% BRSS
Analyses et examens de laboratoires	180% BRSS
Frais de transport	130% BRSS
Médicaments (y compris homéopathie) pris en charge par la S.S.	Frais réels
Petit appareillage - orthopédie	195% BRSS
Prothèses auditives	300% BRSS
Forfait cures thermales prises en charge par la S.S.	650 €
<b>Optique</b>	
Équipement lunettes (verres +monture)(5) :	
Remboursement maximum par personne assurée, tous les 2 ans à partir de la dernière date d'acquisition de l'équipement optique ou annuellement, si une évolution de la vue le justifie ou si l'assuré est mineur	470 €
Lentilles y compris lentilles refusées par S.S.	400 €
Remboursement maximal par an et par personne assurée	400 €
Plafond de remboursement optique (équipement lunettes et lentilles) par an et par personne assurée	650 €
Chirurgie réfractive - Forfait par an, par œil et par personne assurée	400 €
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires remboursés par S.S (y compris inlay-onlay)	140% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S.	280% BRSS
Prothèses dentaires non prises en charge par la S.S.	100% BRSS
Orthodontie acceptée par la S.S.	300% BRSS
Orthodontie refusée par la S.S. (reconstituée sur la base d'un TO 90 par semestre) -	250 €
Plafond par an et par personne assurée	250 €
Actes hors nomenclature - Non pris en charge par S.S.	
Couronnes provisoires - par an et par personne assurée	30 €
Piliers Implantaires - par an et par personne assurée	200 €
Implant - par an et par personne assurée	520 €
<b>Prevention et Médecine douce non prises en charge par la Sécurité sociale</b>	
Ostéopathie - Chiropractie	Forfait par acte 20€
Plafond par an et par personne assurée	100€
Vaccins prescrits	Frais réels
<b>Allocation natalité ou d'adoption - une seule allocation par contrat familial souscrit</b>	
Pour un Assuré exerçant une activité médicale ou paramédicale libérale exclusivement	1500 € (7)
Dans tous les autres cas	500 € (6)

(1) Dans un établissement relevant de la loi hospitalière, public ou privé, conventionné ou non conventionné, y compris pour l'hospitalisation "de jour", dite ambulatoire.

(2) Le médecin s'est engagé à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins. L'Assurance Maladie rembourse sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1.

(3) Les remboursements pour les actes pratiqués par les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins seront plafonnés à 200% de la BRSS à compter de 2017, contre 225% de la BRSS aujourd'hui.

(4) Sauf affections psychiatriques

(5) Équipement : Monture et verres

Le remboursement maximum par personne assurée inclut un plafond de 150 euros pour la monture.

(6) Doublee en cas de naissance ou d'adoption gémellaire

(7) 12 mois de délai de carence. En cas de naissance ou d'adoption durant la période de carence, une allocation de 500 euros sera versée.