



Partage votre engagement

UNASSEP Association

SANTE MUTUELLE complémentaire

UNASSEP, Association à but non lucratif, fondée le 1^{er} janvier 2009, a souscrit auprès de Saint-Christophe Prévoyance une convention Frais de Santé.

Cette convention est ouverte à tout adhérent (adhésion individuelle ou avec son conjoint ou avec ses enfants).

Pas de limite d'âge des garanties (actifs - retraités)

Pas de délais de carence (garanties immédiates)

Un centre de gestion dédié unique (Uni Santé Prévoyance)

Garanties :

3 niveaux garantissant une couverture optimale :

- En hospitalisation, en optique et dentaire (voir exemples de remboursement).
- Actes hors nomenclature comme implants dentaires, ostéopathes...
- Forfait Maternité et Allocation Décès.
- Tiers payant.
- Assistance.

Cotisations mensuelles 2024 :

	MSC 1	MSC 2	MSC 3
Adulte moins de 30 ans	26 €	48 €	64 €
Adulte de 30 à 59 ans	32 €	57 €	81 €
Adulte de 60 à 69 ans	59 €	80 €	114 €
Adulte de + 70 ans	66 €	103 €	141 €
Enfant (gratuité dès 3 ^{ème})	19 €	34 €	47 €

Demandes commerciales :

C O G E A

Email : contact@cogea-assurances.net

Tél. 09 62 51 74 31

Ligne directe : 06 08 85 98 49

Tableau des garanties

Remboursements y compris ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Remboursement ne peut-être inférieur à 100% du TM. BR = Base de Remboursement SS / FR = Frais Réels Remboursement de certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale spécifiés ci-dessous. PMSS 2024 = 3864 €

	MSC 1	MSC 2	MSC 3
HOSPITALISATION *			
Honoraires			
Honoraires des médecins conventionnés adhérents à un DPTAM (2)	100 % BR	100 % FR	100 % FR
Honoraires des médecins non adhérents à un DPTAM (2)	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires des médecins non conventionnés adhérents à un DPTAM (2)	100 % BR	200 % BR (1)	300 % BR (1)
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres prestations			
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BR	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en secteur non conventionné	100 % BR	90 % FR - SS	90 % FR - SS
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans) limité à 30 jours	-	16 € / jour	20 € / jour
Chambre particulière - 10 premiers jours	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - après 10 jours	-	68.50 € / jour	102,80 € / jour
Chambre particulière non conventionnée, dans la limite de 2,5% pmss/jour	-	90 % FR	90 % FR
Transports			
Transport en ambulance	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Généralistes adhérents à un DPTAM (2) : consultations, visites	100 % BR	115 % BR	125 % BR
Généralistes non adhérents à un DPTAM (2): consultations, visites	100 % BR	100 % BR	105 % BR
Spécialistes adhérents à un DPTAM (2) : consultations, visites	100 % BR	115 % BR	150 % BR
Spécialistes non adhérents à un DPTAM (2): consultations, visites	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Radiologie pratiquée par des médecins adhérents à un DPTAM (2)	100 % BR	115 % BR	150 % BR
Radiologie pratiquée par des médecins non adhérents à un DPTAM (2)	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Actes techniques/petites chirurgies pratiqués par médecins adhérents DPTAM (2)	100 % BR	115 % BR	150 % BR
Actes techniques/petites chirurgies pratiqués par médecins non adhérents DPTAM (2)	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Médicaments			
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel Médical			
Orthopédie, Prothèses Médicales et appareillage hors auditif	100 % BR	100 % BR	270 % BR
DENTAIRE **			
Soins et prothèses 100% santé			
Soins et prothèses 100% santé prise en charge limitée aux prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires hors 100% santé			
Soins dentaires, actes de chirurgie pratiqués par un chirurgien-dentiste ou stomatologue adhérent DPTAM	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Soins dentaires, actes de chirurgie pratiqués par un stomatologue non adhérent à un DPTAM (2)	100 % BR	100 % BR	105 % BR
Prothèses - Panier honoraires modérés et libres			
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Autres prestations dentaires			
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	-	130 % BR	230 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	100 % BRR	150 % BRR
Forfait pour implants dentaires, parodontologie	-	100€ / an /bénéficiaire	200€ / an /bénéficiaire

AIDES AUDITIVES *****Equipements auditifs 100% santé**

Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée) limité aux prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	-------------	-------------	-------------

Equipements auditifs - Panier honoraires libres

Aides auditives de classe II (Adulte)	160 €	160 €	240 €
Aides auditives de classe II (Enfant)	560 €	560 €	840 €

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION**Médecine non conventionnelle**

Actes thérapeutiques (Chiropracteur, Diététicien, Ostéopathe, Pédicure, Psychologue, Homéopathe) dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire	-	15 € / séance	30 € / séance
--	---	---------------	---------------

Forfait Prévention

Homéopathie par an par bénéficiaire	25 € / an	50 € / an	50 € / an
Vaccin anti grippe par an par bénéficiaire	25 € / an	100 € / an	200 € / an
Vaccins non pris en charge par le RO' prescrit, par an par bénéficiaire	25 € / an	100 € / an	200 € / an
Examen de dépistage Ostéoporose, Ostéodensitométrie limité aux femmes de + 50 ans, par an/bénéficiaire	40 € / an	40 € / an	40 € / an

MATERNITE**Forfait maternité**

Allocation naissance ou adoption doublée en cas de naissance multiple	80 €	514 €	514 €
---	------	-------	-------

CURES THERMALES prises en charge par la Sécurité sociale

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
+ forfait cure thermale (par bénéficiaire)	-	274 € / an	342 € / an

OBSEQUES

Allocation obsèques	857 €	1714 €	3428 €
---------------------	-------	--------	--------

OPTIQUE ******Equipements optique 100% SANTE**

Equipement complet de classe A limité aux prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	-------------	-------------	-------------

Equipement optique - Panier Libre

dont monture plafonnée à	100 €	100 €	100 €
Equipement avec verres simples	100 €	255 €	380 €
Equipement avec verres complexes	150 €	255 €	380 €
Equipement avec verres très complexes	200 €	255 €	380 €

Autres prestations optiques

Lentilles prises en charge par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale les deux, y compris lentilles jetables	50 € / an / bénéficiaire	171 € / an / bénéficiaire	411 € / an / bénéficiaire
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie (par bénéficiaire)	-	100 € / an	200 € / an

SERVICES

Itelis : Réseau Itelis permet d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (Voir conditions contrat)

Assistance Voir conditions dans votre contrat

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

L'indemnisation : - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, - des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.

Au delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

(**) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

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

Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

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

Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Dans la limite de 90% des frais réels sur les niveaux 2, 3 et 4.

(*) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée encadrant les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2, à savoir des professionnels de santé pratiquant des honoraires libres limités