

**LA  
COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ DES  
HOSPITALIERS**

**EXEMPLES DE  
REMBOURSEMENT  
REGIME GÉNÉRAL**

**DATE :  
01/05/2026**

## GARANTIE ESSENTIELLE

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	23 € (17 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	23 € (17 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0€
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon dépassements
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	214,30 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3003,20 €	750,80 €	0 €

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENT<sup>1</sup>

## GARANTIE ESSENTIELLE

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	53 €	40 €	26 €	12 €	15 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursements des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	45 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon tarif
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120 €	72 €	60 €	429,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon dépassements
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	520,60 €
<b>Optique</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>4</sup>	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
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
Ex verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 € (monture)	371,85 €
Ex verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,02 € par verre + 0,02 € (monture)	639,85 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	(dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	0 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
<b>Aides auditives</b>					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
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	1 515 €	400 €	240 €	160 €	1 115 €

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/>)*

**LA  
COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ DES  
HOSPITALIERS**

**EXEMPLES DE  
REMBOURSEMENT  
REGIME LOCAL**

**DATE :  
01/05/2026**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>						
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hébergement)	23 € (17 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	23€ (17 €)	0 €	0 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat	Selon contrat
<b>Séjours avec actes lourds</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>						
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98€	24 €	0 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	0 €	171,30 €
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO )	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	0 €	214,30 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>						
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	3754 €	3754 €	3003,20 €	750,80 €	0 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>						
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>20% BR</b>	<b>10 % BR</b>	<b>2 € de participation forfaitaire</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	6 €	3 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	7 €	3,5 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	8 €	4 €	2 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 2 €</b>	<b>20% BR</b>	<b>10 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	7 €	3,5 €	15 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	8 €	4 €	15 €
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70% BR – 2€</b>	<b>20% BR</b>	<b>10 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>2€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	4,60 €	2,30 €	39 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	4,60 €	2,30 €	45 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40€	14,64€	7,32 €	2,44 €	2,31 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>						
<b>Soins et prothèses 100% santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	515 €	120 €	72 €	36 €	407 €	0 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60% BR</b>	<b>30% BR</b>	<b>10% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120 €	72 €	36 €	24 €	429,99 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>0 €</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	0 €	520,60 €
<b>Optique</b>						
<b>Équipement 100% santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65€ par verre + 5,40 €	3,83 € par verre + 2,70 €	31,02 € par verre + 21,90 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,40 €	8,10 € par verre + 2,70 €	65,70 € par verre + 21,90 €	0 €
<b>Équipement (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>30 % BR</b>	<b>10 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex verres simples + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	0,005 € par verre + 0,005 €	371,85 €
<i>Ex verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	0,015 € par verre + 0,015 €	0,005 € par verre + 0,005 €	639,85 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement Régime Local d'Alsace-Moselle	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	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)	Non remboursé (dans le cas général)	0 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	0 €	Selon les frais engagés
<b>Aides auditives</b>						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30 % BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1515 €	400 €	240 €	120 €	40 €	1 115 €

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, le Régime Local d'Alsace-Moselle 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/>)**

# INFORMATIONS GÉNÉRALES

## ASSOCIATION

Union Nationale pour les Intérêts du Personnel Hospitalier. Association à but non lucratif (loi 1901) - 34 rue des Moulins - 51100 REIMS

## ASSUREUR : UNIPREVOYANCE

38-42 rue Cuvier - CS 80 002 - 93102 MONTREUIL CEDEX [www.uniprevoyance.fr](http://www.uniprevoyance.fr)  
Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité Sociale, agréée par arrêté du Ministère de la Santé et de la Famille en date du 28-11-1978.  
Uniprévoyance relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 9

## ASSISTANCE

INTER PARTNER ASSISTANCE, société anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 euros, est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique et est immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 - Bruxelles - Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500, N° TVA intracommunautaire FR42316139500, IDU N° FR322155\_01UWGT, et située 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, elle-même soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ITELIS - Immeuble Le Diapason » 218 avenue Jean Jaurès 75019 Paris

## COURTIER / GESTIONNAIRE

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE est une société de courtage délégataire de gestion pour le compte d'institutions de prévoyance. Garantie Financière et R.C. Professionnelle conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances. Police RC n°44855. SAS au capital de 150 000 Euros R.C.S Reims B 410 503 429 N° immatriculation ORIAS : 07 025 792 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)  
Adresse : 34 rue des Moulins - CS 40003 - 51715 REIMS Cedex

## AGRÉMENTS

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE est agréée par l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Régime Obligatoire (identification n°187), par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (n°90114) et par le GIE Sintia n°T00125.

## LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE s'engage à communiquer et à rectifier, sur simple demande d'un assuré, toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage d'UNI SANTÉ PRÉVOYANCE, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Ce droit peut être exercé à l'adresse suivante :  
UNI SANTÉ PRÉVOYANCE - 34 rue des Moulins - 51715 REIMS Cedex

## PROTECTION JURIDIQUE

JURIDICA 1 place Victorien Sardou - 78160 Marly le Roi.



# COMMENT JOINDRE VOTRE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ?

[www.uniph.fr](http://www.uniph.fr)

Nos conseillers sont à votre  
écoute du lundi au vendredi

Tel Commercial  
03 26 879 589

COÛT D'UN APPEL LOCAL

Tel : Centre de gestion  
09 69 390 190

APPEL NON SURTAXÉ

