



**La complémentaire santé
des salariés des entreprises de
pompes funèbres**

LE REGIME CONVENTIONNEL DE LA BRANCHE DES POMPES FUNEBRES

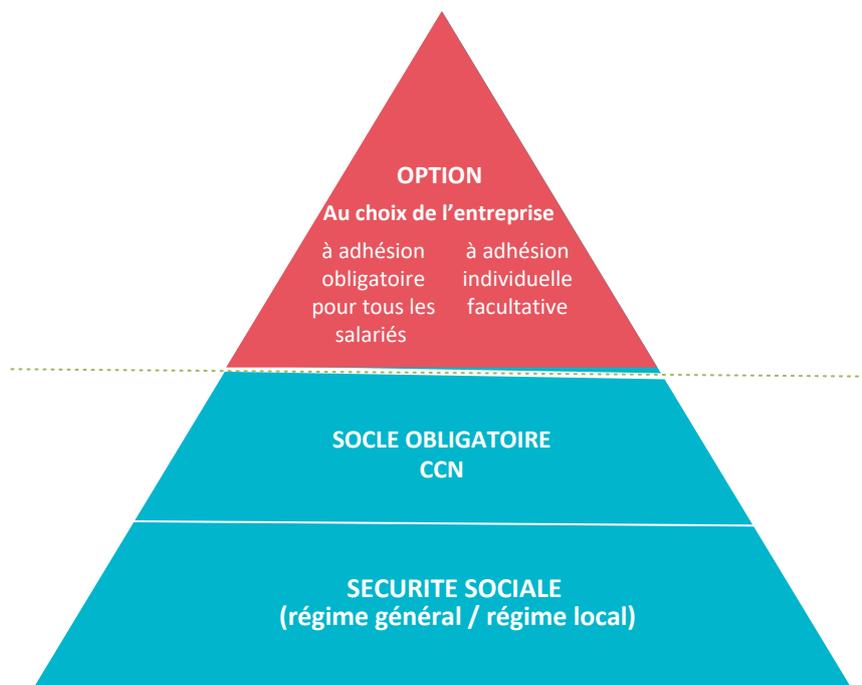
La Fédération Nationale du Funéraire (principale organisation professionnelle du secteur) souhaite accompagner les entreprises et proposer une couverture santé pour les salariés avec des prestations et des garanties négociées.

Elle fait le choix de soutenir et promouvoir le contrat d'assurance présenté dans cette plaquette d'information.

Ce contrat est assuré par l'institution de prévoyance Uniprévoyance.

Uniprévoyance a confié à NoveoCare la gestion des prestations et des services aux salariés et de leurs familles.

UN SOCLE COMMUN ET DES GARANTIES MODULABLES



QUI EST ASSURE ?

Le régime de base obligatoire bénéficie **obligatoirement** à **l'ensemble des salariés**.

Les salariés peuvent faire bénéficier leurs ayants-droit (**conjoint, concubin, enfants**) du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite **individuellement** et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

QUELLE PARTICIPATION EMPLOYEUR ?

L'entreprise prend en charge au **minimum 50%** de la cotisation des salariés.

Les avantages du régime conventionnel

Mutualisation de toute votre profession

Bénéficiez de conditions négociées et de taux de cotisations identiques pour l'ensemble des entreprises de pompes funèbres.

Conformité

Respectez vos obligations conventionnelles frais de santé des salariés en temps réel.

Performance et innovation

Bénéficiez des garanties et des services innovants actualisés chaque année.

Simplicité

Accès 100% en ligne ou par téléphone pour l'entreprise et les salariés, durant toute la vie du contrat.

Fonds social

Les bénéficiaires du contrat ont accès au fonds social d'Uniprévoyance.

Vos services exclusifs pour les salariés et leurs proches



JAMAIS SEUL FACE A UNE QUESTION DE SANTE !

UN SERVICE UNIQUE

Infirmiers, assistants sociaux, psychologues, ...

Une équipe pluridisciplinaire par téléphone et chat.



JOINDRE UN MEDECIN A TOUT MOMENT

Une équipe de médecins généralistes et spécialistes est disponible 24/7 pour des téléconsultations (tél ou visio) et vos ordonnances sont disponibles en ligne.



VOTRE APPLICATION SANTE ET BIEN ÊTRE

Se soigner (accès direct à la téléconsultation), se motiver (défis collectifs et individuels), s'améliorer (coaching sélectionnés gratuits ou à tarifs préférentiels), s'évaluer (suivi de performances dans un tableau de bord, compatible objets connectés), se tester et évaluer son âge santé.



ÊTRE CONSEILLE EN CAS D'HOSPITALISATION

Préparer son hospitalisation avec des conseils pratiques, un guide interactif des hôpitaux et cliniques par spécialité, une évaluation des dépassements d'honoraires.



NOTRE RESEAU PARTENAIRE POUR SOIGNER SON BUDGET SANTE

Soins optiques, dentaires, audiologie, ostéopathie.... Bénéficiez de tarifs négociés et d'avantages au plus près de chez vous grâce à la géolocalisation des partenaires de santé affiliés.



ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'ATTEINTE CORPORELLE

En cas d'hospitalisation ou d'atteinte corporelle à l'étranger comme en France, bénéficiez d'une prise en charge et d'un rapatriement médical. Mise à disposition également d'aides ménagères, de gardes d'enfants...



FONDS SOCIAL

Apporter une aide aux salariés pour faire face à des situations financières difficiles en lien avec la santé, le handicap ou le décès.

Pourquoi adhérer ?

Une gestion dédiée qui associe le digital et l'humain

Au service des salariés

Un **processus d'affiliation dématérialisé** simple, rapide et sécurisé - **START15**

- ajout d'ayants droit, choix d'options
- signature électronique
- pas de bulletin papier ni de justificatifs
- carte de tiers payant disponible **sous 48h** sur l'Espace personnel

Au service des entreprises

Une **équipe de professionnels** qui vous accompagne à la mise en place et pendant la durée du contrat



Mélanie DUVERNE
Chargée d'affaires
Grands Comptes



Angélique LAFON
Manager centre de
gestion

Un **espace personnel et une application mobile** pour réaliser des démarches en ligne



Un **espace Entreprise** pour accéder à de nombreuses informations, pré-affilier des salariés, signaler une sortie des effectifs, exporter des données

www.noveocare.com



Un **kit de bienvenue** et des **actions de communication** pour accompagner les adhérents dans l'utilisation des services :

- guide pratique adhérent
- guide de connexion START15
- tutos interactifs...



Une **ligne dédiée** avec des téléconseillers formés, pour répondre aux questions propres aux services RH



Un **centre de relation client** ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

- numéro non surtaxé
- Traitement immédiat des demandes ou redirection vers les services experts si besoin

Des **processus de gestion** éprouvés et des **outils intuitifs** pour limiter la charge des RH (déclaration des cotisations via la DSN, paiement par prélèvement...)



Pourquoi adhérer ?

Nos engagements de délais

 Affiliation Mise à Jour	Papier : sous 5 jours ouvrés Dématérialisé : sous 48h
 Dossiers manuels	sous 5 jours ouvrés
 Dossiers électroniques	sous 2 jours ouvrés
 Prise en charge optique	80% sous 3 secondes 100% sous 3 jours ouvrés
 Devis Dentaire	80% sous 5 jours ouvrés 100% sous 7 jours ouvrés
 Prise en charge Hospitalisation	sous 2 jours ouvrés



Le Fonds Social Uniprévoyance POUR APPORTER UNE AIDE FINANCIERE AUX ASSURES

Uniprévoyance dispose d'un **Fonds social** pour venir en aide aux bénéficiaires de ses contrats. Il intervient notamment pour la prise en charge de dépenses exceptionnelles en lien avec la santé, le handicap ou le décès.

Une commission sociale paritaire accorde les aides après étude des situations.

Exemples d'aides

Handicap Aide à l'aménagement du domicile, du véhicule...	Santé Prise en charge de reste à charge importants (dentaire, audio prothèses...)
Handicap Prise en charge de séances de psychomotricité	Hospitalisation Prise en charge d'aides à domicile

Le dossier de demande d'intervention sociale est téléchargeable : www.uniprevoyance.fr

Les garanties santé du régime conventionnel

REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE + OPTION RESPONSABLE

(OPTION DISPONIBLE A ADHESION FACULTATIVE INDIVIDUELLE OU A ADHESION COLLECTIVE OBLIGATOIRE).

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
L'HOSPITALISATION (y compris frais de maternité) (1)		
Frais de séjour (2)		
<ul style="list-style-type: none"> dans un établissement conventionné dans un établissement non conventionné 	100% FR – MR (*) dans la limite de 400% BR-MR	100% FR – MR (*) dans la limite de 400% BR-MR
(*) et tout autre organisme	90% FR – MR (*) dans la limite de 360% BR-MR	90% FR – MR (*) dans la limite de 360% BR-MR
Honoraires		
Honoraires médicaux et chirurgicaux des : <ul style="list-style-type: none"> médecins conventionnés adhérents à l'un des DPTAM médecins conventionnés non adhérents à l'un des DPTAM 	100% FR – MR (*) dans la limite de 400% BR-MR	100% FR – MR (*) dans la limite de 400% BR-MR
(*) et tout autre organisme	100% FR – MR (*) dans la limite de 200% BR-MR	100% FR – MR (*) dans la limite de 200% BR-MR
Forfait journalier hospitalier		
Pris en charge sans limitation de durée	100% du forfait	100% du forfait
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière (par jour) (maximum 15 jours par séjour)		
<ul style="list-style-type: none"> Dans un établissement conventionné Dans un établissement non conventionné 	100% FR – MR dans la limite de 3% PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)	100% FR – MR dans la limite de 3% PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)
(PMSS en vigueur au 1er jour de l'Hospitalisation)	90% FR – MR dans la limite de 3% PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)	90% FR – MR dans la limite de 3% PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)		
<ul style="list-style-type: none"> Dans un établissement conventionné Dans un établissement non conventionné 	100% FR – MR dans la limite de 2% PMSS	100% FR – MR dans la limite de 2% PMSS
(PMSS en vigueur au 1er jour de l'Hospitalisation)	90% FR – MR dans la limite de 2% PMSS	90% FR – MR dans la limite de 2% PMSS
<p>(1) Sont pris 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. Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge : . les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures, . l'intervention chirurgicale sans hospitalisation. Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1^{er} jour au titre de l'hospitalisation.</p>		
<p>Limitations pour l'ensemble du poste hospitalisation 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. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier. Au-delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur.</p>		
(2) Frais de séjour y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques		
MATERNITE		
Forfait maternité (y compris en cas d'adoption plénière) La prestation est multipliée par le nombre d'enfants nés ou adoptés au cours du même événement.	17,5 % PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption plénière	20 % PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption plénière

Les garanties santé du régime conventionnel

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé *	100% PLV - MR	100% PLV - MR
Soins (Hors 100% santé)		
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale française	170% BR-MR	170% BR-MR
Les 3 actes suivants de parodontologie (non pris en charge par la Sécurité sociale) : <ul style="list-style-type: none"> • Curetage / surfaçage • Greffe gingivale • Lambeau dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	500 Euros	500 Euros
Prothèses (Hors 100% santé)		
Prothèses à tarifs limités **		
Prothèses fixes et appareils amovibles y compris appareils transitoires et réparations	370% BR-MR dans la limite de 100% PLV - MR	570% BR-MR dans la limite de 100% PLV - MR
Inlay core	250% BR-MR dans la limite de 100% PLV - MR	250% BR-MR dans la limite de 100% PLV - MR
Prothèses à tarifs libres ***		
Prothèses fixes et appareils amovibles y compris appareils transitoires et réparations	370% BR-MR	570% BR-MR
Inlay Core	250% BR-MR	300% BR-MR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale française		
Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées	322,50 Euros	537,50 Euros
Orthodontie		
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale française	350% BR-MR	450% BR-MR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale française, pour des soins débutés entre 16 et 30 ans, par semestre dans la limite de 4 semestres consécutifs par bénéficiaire	260% BR reconstituée	360% BR reconstituée
<p>* 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 prévus 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).</p>		
<p>** Prothèses à tarifs limités : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus 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).</p>		
<p>*** 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 prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.</p>		

Les garanties santé du régime conventionnel

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
OPTIQUE		
Verres et monture		
Equipements 100% santé *	100% PLV - MR	100% PLV - MR
Verres et montures à tarifs libres		
Adulte (bénéficiaire de 16 ans et plus)	Grille optique verres et monture (cf annexe 2)	Grille optique verres et monture (cf annexe 2)
Enfant (bénéficiaire de moins de 16 ans)	Grille optique verres et monture (cf annexe 2)	Grille optique verres et monture (cf annexe 2)
En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.		
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.		
Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.		
* 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'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limité de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).		
Autres postes optique		
Lentilles de contacts correctrices prises en charge par la Sécurité sociale française, par année civile et par bénéficiaire (PMSS en vigueur au jour de la dépense)	5% PMSS	7% PMSS
Au-delà du forfait, la prise en charge est de	100% TM	100% TM
Lentilles de contacts correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale française, par année civile et par bénéficiaire (PMSS en vigueur au jour de la dépense)	8% PMSS	12% PMSS
Lentilles jetables, par année civile et par bénéficiaire (PMSS en vigueur au jour de la dépense)	8% PMSS	12% PMSS

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
AIDES AUDITIVES		
Equipements 100% santé * (Classe 1)	100% PLV - MR	100% PLV - MR
Equipements à tarifs libres (Classe 2) :		
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	1300 Euros - MR	1413 Euros - MR
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR
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.		
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale française	100% BR-MR	100% BR-MR
* Equipement 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 Limites 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).		

Les garanties santé du régime conventionnel

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	320% BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	200% BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	320% BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	200% BR-MR
Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	320% BR-MR
Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	200% BR-MR
Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	320% BR-MR
Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	200% BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	400% BR-MR	400% BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR-MR	200% BR-MR
Téléconsultation médicale	24h/24 sans surcoût Depuis la France : 36 33 Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54 Voir conditions à l'annexe 3 ci-après	
Imagerie médicale		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	600% BR-MR	600% BR-MR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR-MR	200% BR-MR
Analyses et examens de laboratoire		
pris en charge par la Sécurité sociale française	100% BR-MR	150% BR-MR
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	110% BR-MR	210% BR-MR
Médicaments		
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale française à 65%, 30% et 15%, y compris les vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100% BR-MR	100% BR-MR
Médicaments homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin, dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de	60 euros	60 euros
Matériel médical		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale française	345% BR-MR	410% BR-MR
Prothèses auditives non prises en charge par la Sécurité sociale (par oreille et par an) (PMSS en vigueur au jour de la dépense)	19,5% PMSS	25% PMSS
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance PMSS en vigueur au jour de la dépense	1% PMSS	1,5% PMSS
Acupuncteur Chiropracteur Ostéopathe		
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	2 séances	4 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée au nom du bénéficiaire ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé.		

Les garanties santé du régime conventionnel

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
AUTRES POSTES		
Frais de transport	100% BR-MR	100% BR-MR
Cures thermales : frais médicaux, de séjours et de transport		
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de la cure)	16% PMSS	20% PMSS
Cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale mais prescrites par un médecin dans le cadre d'une maladie chronique et ayant fait l'objet d'un refus de la part de la Sécurité sociale (les frais de thalassothérapie ne sont pas pris en charge) (PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de la cure)	13% PMSS	17% PMSS
PREVENTION		
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire (PMSS en vigueur au jour de la dépense)	6% PMSS	6% PMSS
Détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum	170% BR-MR	170% BR-MR
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale française, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 Euros	30 Euros
Dépistage de l'Hépatite B	100% BR-MR	150% BR-MR
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 Euros	600 Euros
Les séances d'activité physique adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile et par bénéficiaire	200 Euros	200 Euros
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, une fois dans la vie du contrat par bénéficiaire et dans la limite de	100 Euros	100 Euros
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	TM	TM
SERVICES : PROTECTION SANTE à l'Annexe 3		
Bien-être et prévention		
Le bien-être au quotidien : My easy santé		
Santé au quotidien		
La téléconsultation		
L'Assistant Personnel de Santé		
Les réseaux de professionnels de santé Itelis		
Accompagnement dans les moments difficiles		
Pour préparer son hospitalisation : Hospiway d'Itelis		
Les services d'assistance		

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. 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 forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/25 : 3925€).

- **Tiers payant** : disposition permettant au participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité
- **DP TAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- **PLV** : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.
Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.
- **SECURITE SOCIALE** : il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

Les cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale(1).

(1) PMSS estimé 2025 : 3 925 €

Tarifs applicables

Les tarifs commerciaux (TTC) sont présentés ci-dessous.

Taux de cotisation 2025 REGIME GENERAL:

	Régime socle	Option *
Salarié	1,59% PMSS	+ 0,28% PMSS
Conjoint	1,93% PMSS	+ 0,28% PMSS
Enfant	0,88% PMSS	+ 0,23% PMSS

* Cotisation supplémentaire à celle du socle.

Exemple de cotisation mensuelle au régime socle pour un salarié :

54,51€ dont 27,25€ de participation employeur (Participation minimale de l'employeur 50% de la cotisation d'un salarié)

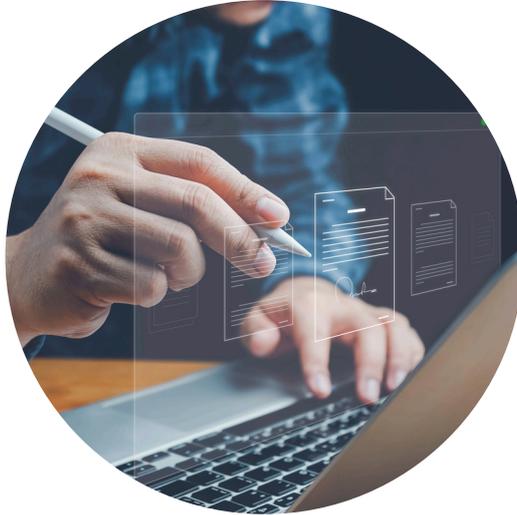
Taux de cotisation 2025 REGIME LOCAL:

	Régime socle	Option *
Salarié	1,16% PMSS	+ 0,20% PMSS
Conjoint	1,41% PMSS	+ 0,20% PMSS
Enfant	0,64% PMSS	+ 0,17% PMSS

* Cotisation supplémentaire à celle du socle.

Les taux de cotisations sont maintenus les deux premières années. Par la suite, ils sont indexés dans les conditions prévues aux conditions particulières et dans une limite de 5% par an.

Une souscription 100% digitale



1. Choix du niveau de garanties. Réception du projet de contrat contre transmission du Kbis et de la pièce d'identité du signataire du contrat.
2. Réception et signature électronique du contrat.
3. Après signature, réception de la notice d'information destinée aux salariés. Ouverture de votre extranet pour pré-affilier vos salariés.
4. Réception, par vos salariés, d'un email les invitant à compléter leur adhésion et y ajouter d'éventuels ayants-droit.

Vos partenaires spécialistes de la complémentaire santé et des professions médicales

Votre assureur



- Institution de prévoyance soutenue par la Confédération des Professionnels du Funéraire et de la Marbrerie
- 27 500 entreprises assurées en santé ou prévoyance collective
- 1 165 000 personnes protégées en santé

Votre gestionnaire / espace santé



- Une ligne téléphonique dédié
- Un parcours 100% digital avec un accès centralisé à vos services (assistant personnel Angel, téléconsultation médicale 24h/24,...).

Vos représentants



La Fédération Nationale du Funéraire, créée en 1937, est la première fédération patronale du secteur funéraire.

Elle a pour objectif de représenter l'ensemble des professionnels funéraires, quels que soient leur taille, leur statut ou leur activité.

La FNF œuvre au quotidien pour promouvoir et défendre les intérêts de ses adhérents.

C'est pourquoi, avec en tête de toujours améliorer l'accompagnement de ses adhérents, la FNF soutient et promeut le contrat complémentaire santé conclu et négocié avec l'organisme Uniprévoyance.



CONTACT COMMERCIAL

Antoine LEGENDRE



07 88 87 61 92



antoine.legendre@axa.fr

**Toutes les informations sur votre régime de branche
sur uniprevoyance.fr**