Plénitude

TABLEAU DES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 ans et sans limite d'âge

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.

L'Équité GENERALI

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

FORMULES DE BASE

HOSPITALISATION	P1	P2	P3	P4	P5	P6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier [1]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au DPTAM*	120 %	140 %	165 %	215 %	265 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au DPTAM*	100 %	115 %	140 %	190 %	200 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	120 %	130 %	155 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière (illimité, hors chambre ambulatoire) [2]	-	30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	75 €/jour	90 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	-	40 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	85 €/jour	100 €/jour
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) [3]	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour
Forfait confort extra hospitalier [2]	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour
Frais de transport [4]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds [5]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE [6]	Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé					
Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO [7]	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %
PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)**						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	115 %	165 %	215 %	265 %	290 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	130 %	180 %	230 %	280 %	305 %	330 %
Implantologie, Parodontologie, Orthodontie adulte, Prothèses non remboursées par le RO [8]	-	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €
Plafond dentaire annuel (hors soins) [9]	Illimité	Illimité	Illimité	1 500 €	1 800 €	2 000 €

100% SANTÉ OPTIQUE [10]	Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé					
Équipements 100% Santé** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Monture et verres (équipements de la Classe B - Panier Libre)***						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	125 €	175 €	225 €	275 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	225 €	275 €	325 €	400 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	-	250 €	275 €	325 €	375 €	450 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	-	300 €	325 €	375 €	425 €	500 €
↳ Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 % +20 €	100 % + 50 €	100 % + 70 €	100 % + 90 €	100 % + 110 €
Lentilles refusées par le RO	-	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Chirurgie réfractive, Traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), Implant occulaire [11]	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

SOINS COURANTS	P1	P2	P3	P4	P5	P6
MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits et non pris en charge par le RO (par année d'adhésion et par assuré)	-	15 €	15 €	20 €	20 €	30 €
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :						
Médecins adhérents au DPTAM* (12)	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Médecins non adhérents au DPTAM* (12)	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :						
Médecins adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par assuré - limité à 30 € / acte)	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3e année d'adhésion	**50 €**	**80 €**	**90 €**	**130 €**	**140 €**	**180 €**
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	**60 €**	**90 €**	**100 €**	**140 €**	**150 €**	**190 €**
Cure thermale (13)	100 %	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €
PSYCHOLOGIE						
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (14)	Depuis le 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé					
Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 % + 100 €	125 % + 100 €	125 % + 200 €	150 % + 200 €	200 % + 250 €
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

LES + PRÉVENTION

Actes de prévention : Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Téléconsultation	Service inclus et disponible dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, etc.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.
A l'exclusion du forfait optique (monture + verres), tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend, notamment, pas en charge la majoration de participation pour les Assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ainsi que les franchises médicales et participations forfaitaires laissées à la charge de l'Assuré en application de l'article L160-13 du code de la Sécurité Sociale. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), à l'exclusion des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD).

(2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.

(4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(5) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

(6) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par l'Assureur.

(7) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

(8) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.

(9) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(10) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les 2 ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

(11) Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire.

(12) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.

(13) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.

(14) Les prothèses auditives de classe 1 appartenant au panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier «Libre» sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus). Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

*DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique.

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.
Tels que défini réglementairement, les prothèses dentaires relevant du panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation et les équipements et prothèses relevant des paniers «Maitrisé» et «Libre» sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier «Maitrisé»).
*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.
Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.
Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit santé assuré par **L'ÉQUITÉ** - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - SA au capital de 69 213 760 € - RCS Paris 572 084 697 - Entreprise régie par le Code des assurances - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBVI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.
Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex - SA au capital de 4 100 000 € - RCS Nanterre 433 012 689 - Entreprise régie par le Code des Assurances - N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

EQ2125A_TG_07/2025

Plénitude

TABLEAU DES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 ans et sans limite d'âge

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.

L'Équité GENERALI

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

Choisissez une formule Éco[13] et bénéficiez d'une réduction de 8% sur votre cotisation !

Contrairement aux formules de base, les formules Éco ne couvrent pas les garanties suivantes : chambre particulière, frais accompagnant, forfait confort extra hospitalier, forfait lentilles, médicaments non remboursés, médecines complémentaires et cure thermale.

FORMULES ÉCO

HOSPITALISATION	P2 ECO	P3 ECO	P4 ECO	P5 ECO	P6 ECO
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)					
Forfait journalier hospitalier [1]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) [2]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au DPTAM*	140 %	165 %	215 %	265 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	155 %	180 %	230 %	280 %	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au DPTAM*	115 %	140 %	190 %	200 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	200 %	200 %	200 %
Frais de transport [3]	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds [4]	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ					
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE [5]	Depuis le 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé				
Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO [6]	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le RO	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %
PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)**					
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	165 %	215 %	265 %	290 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	180 %	230 %	280 %	305 %	330 %
Implantologie, Parodontologie, Orthodontie adulte, Prothèses non remboursées par le RO [7]	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €
Plafond dentaire annuel (hors soins) [8]	Illimité	Illimité	1 500 €	1 800 €	2 000 €

100% SANTÉ OPTIQUE [9]	Depuis le 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé				
Équipements 100% Santé** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Monture et verres (équipements de la Classe B - Panier Libre)***					
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	125 €	125 €	175 €	225 €	275 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	200 €	225 €	275 €	325 €	400 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 3e année d'adhésion	250 €	275 €	325 €	375 €	450 €
BONUS FIDÉLITÉ – À compter de la 4e année d'adhésion et suivantes	300 €	325 €	375 €	425 €	500 €
↳ Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Chirurgie réfractive, Traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), Implant occulaire [10]	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

SOINS COURANTS	P2 ECO	P3 ECO	P4 ECO	P5 ECO	P6 ECO
MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :					
Médecins adhérents au DPTAM* (11)	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Médecins non adhérents au DPTAM* (11)	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :					
Médecins adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents au DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
MATÉRIEL MÉDICAL					
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
PSYCHOLOGIE					
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (12)	Depuis le 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé				
Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 % + 100 €	125 % + 100 €	125 % + 200 €	150 % + 200 €	200 % + 250 €
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

LES + PRÉVENTION

Actes de prévention : Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Téléconsultation	Service inclus et disponible dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, etc.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend, notamment, pas en charge la majoration de participation pour les Assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ainsi que les franchises médicales et participations forfaitaires laissées à la charge de l'Assuré en application de l'article L160-13 du code de la Sécurité Sociale. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), à l'exclusion des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD).
(2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
(3) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
(4) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.
(5) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par l'Assureur.
(6) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
(7) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
(8) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
(9) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les 2 ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
(10) Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire.
(11) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.
(12) Les prothèses auditives de classe 1 appartenant au panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la règlementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier «Libre» sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus). Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement.
(13) Lorsque ces formules sont souscrites, les postes chambre particulière, frais accompagnant, forfait confort extra hospitalier, forfait lentilles, médicaments non remboursés, médecines complémentaires et cure thermale ne sont pas pris en charge.

*DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique.
**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.
Tels que défini réglementairement, les prothèses dentaires relevant du panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation et les équipements et prothèses relevant des paniers «Maîtrisé» et «Libre» sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier «Maîtrisé»).
*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.
Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.
Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit santé assuré par **L'ÉQUITÉ** - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - SA au capital de 69 213 760 € – RCS Paris 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.
Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

EQ2125A_TG_07/2025

100% SANTÉ

Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

100% SANTÉ

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER OPTIQUE (1)

100% SANTÉ

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER DENTAIRE (2)

100% SANTÉ

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER AIDES AUDITIVES (3)

ZOOM

SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes
Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes
Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE
+ MONTURE À TARIFS LIBRES

OU

MONTURE SANS RESTE À CHARGE
+ VERRES À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :
- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1ère prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircones (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :
- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives)
- Métalliques pour toutes les dents

Prothèses amovibles à base de résine

3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité
Tous les types d'appareils sont concernés :
Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :
4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :
système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération

Plénitude

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

HOSPITALISATION

Si une formule Éco est souscrite*, les garanties chambre particulière, frais accompagnant et forfait confort extra hospitalier ne sont pas prises en charge.

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)						FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	NC						20 €					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Plénitude	0 €	30 €	50 €	60 €	75 €	90 €	20 €					
Reste à charge	**Selon dépense engagée**						**0 €**					

*Si formule Éco souscrite	Remboursement Plénitude : 0 €
	Reste à charge : Selon dépense engagée

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ **Séjours avec actes lourds.** L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. **Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.**					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	835,60 €					
Remboursement du RO	811,60 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	24 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
835,60€ (dont 24 € de participation forfaitaire, pour toute opération d'au moins 120 €)

	OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien - Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO						OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	355 €						447 €					
Remboursement du RO	271,70 €						271,70 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	40,76 €	83,30 €					0 €	40,76 €	108,68 €	175,30 €		
Reste à charge	**42,54 €**	**0 €**					**175,30 €**	**134,54 €**	**66,62 €**	**0 €**		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
271,70 €

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC **Séjours sans actes lourds**. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. **Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.**					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	3 541€					
Remboursement du RO	2 832,80 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	708,20 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE

	POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires **Soins et prothèses 100% santé**					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	500 €					
Remboursement du RO	72 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	428 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

	DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	43,38 €					
Remboursement du RO	26,03 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	17,35 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
43,38 €

	COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	554 €					
Remboursement du RO	72 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	48 €	108 €	168 €	228 €	258 €	288 €
Reste à charge	**434 €**	**374 €**	**314 €**	**254 €**	**224 €**	**194 €**

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

	TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	720 €					
Remboursement du RO	193,50 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	48,38 €	96,75 €	145,13 €	193,50 €	290,25 €
Reste à charge	**526,50 €**	**478,12 €**	**429,75 €**	**381,37 €**	**333 €**	**236,25 €**

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
193,50 €

OPTIQUE

Si une formule Éco est souscrite*, la garantie forfait lentilles n'est pas prise en charge.

	VERRES SIMPLES ET MONTURE **Équipements 100% santé**					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
Remboursement du RO	20,70 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	91,30 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
12,75 € par verre + 9 €

	VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE **Équipements 100% santé**					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
Remboursement du RO	30,37 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	172,20 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
27 € par verre + 9 €

	VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements (hors 100% santé)					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
Remboursement du RO	0,09 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	0,06 €	124,91 €	174,91 €	224,91 €	274,91 €	
Reste à charge	**338,85 €**	**214 €**	**164 €**	**114 €**	**64 €**	

	VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements (hors 100% santé)					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
Remboursement du RO	0,09 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	0,06 €	199,91 €	224,91 €	274,91 €	324,91 €	399,91 €
Reste à charge	**600,85 €**	**401 €**	**376 €**	**326 €**	**276 €**	**201 €**

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
0,05 € par verre + 0,05 €

	FORFAIT ANNUEL Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	NC					
Remboursement du RO	0 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Reste à charge	**Selon dépense engagée**					

	OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive					
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**
Dépense	NC					
Remboursement du RO	0 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Reste à charge	**Selon dépense engagée**					

*Si formule Éco souscrite	
	Remboursement Plénitude : 0 €
	Reste à charge : Selon dépense engagée

AIDES AUDITIVES

	PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	950 €					
Remboursement du RO	240 €					
Remboursement Plénitude	710 €					
Reste à charge	**0 €**					

	PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	1 476 €					
Remboursement du RO	240 €					
Remboursement Plénitude	160 €	260 €	360 €	460 €	560 €	810 €
Reste à charge	**1 076 €**	**976 €**	**876 €**	**776 €**	**676 €**	**426 €**

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
400 € par oreille pour un patient de plus de 20 ans

SOINS COURANTS

Si une formule Éco est souscrite*, les garanties médicaments non remboursés, médecines complémentaires et cure thermale ne sont pas prises en charge.

	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	30 €					
Remboursement du RO	19 €					
Remboursement Plénitude	9 €					
Reste à charge	**2 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
30 €

	CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	35 €					
Remboursement du RO	24,50 €					
Remboursement Plénitude	10,50 €					
Reste à charge	**0 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35€

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	37 €					
Remboursement du RO	23,90 €					
Remboursement Plénitude	11,10 €					
Reste à charge	**2 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

	CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans - Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	50 €					
Remboursement du RO	24,50 €					
Remboursement Plénitude	10,50 €	19,25 €	25,50 €			
Reste à charge	**15 €**	**6,25 €**	**0 €**			

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	54 €					
Remboursement du RO	23,90 €					
Remboursement Plénitude	11,10 €	20,35 €	28,10 €			
Reste à charge	**19 €**	**9,75 €**	**2 €**			

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

	CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	55 €					
Remboursement du RO	16,10 €					
Remboursement Plénitude	6,90 €	12,65 €	18,40 €			
Reste à charge	**32 €**	**26,25 €**	**20,50 €**			

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	57 €					
Remboursement du RO	14,10 €					
Remboursement Plénitude	6,90 €	12,65 €	18,40 €			
Reste à charge	**36 €**	**30,25 €**	**24,50 €**			

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

	ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	25,80 €					
Remboursement du RO	14,64 €					
Remboursement Plénitude	9,76 €					
Reste à charge	**1,40 €**					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
24,40 €

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr). Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** – Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NÉOLIANE PLÉNITUDE**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE PLÉNITUDE sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Le produit NÉOLIANE PLÉNITUDE est un produit d'Assurance Complémentaire Santé. En cas d'Accident, de Maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels Ayants droits, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier. Le produit NÉOLIANE PLÉNITUDE est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.
Le produit NÉOLIANE PLÉNITUDE est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation :** Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences, Forfait actes lourds ;
✓ **Dentaire :** Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire annuel ;
✓ **Optique :** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées par le Régime Obligatoire ;
✓ **Soins courants :** Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Cure thermale, Matériel médical, Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage, Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par le Régime Obligatoire, Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le Régime Obligatoire ;
✓ **Aides auditives :** Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;
✓ **Prévention :** Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

• **Hospitalisation :** Chambre particulière, Frais accompagnant, Forfait confort extra hospitalier ;
• **Dentaire :** Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursés par le Régime Obligatoire ;
• **Optique :** Lentilles refusées par le Régime Obligatoire, Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant occulaire ;
• **Soins courants :** Médicaments prescrits et non pris en charge par le Régime Obligatoire.
• **Formule Éco : permet de supprimer les garanties** Chambre particulière, Frais accompagnant, Forfait confort extra hospitalier, Forfait lentilles, Médicaments non remboursés, Médecines complémentaires et Cure thermale du contrat.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

✓ **Tiers Payant**, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entrainant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entrainant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
✓ **Accompagnement psychologique** : en cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
✓ **Avance des frais d'inhumation** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

✘ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
✘ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
✘ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
✘ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.

Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
! La majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
! Forfait journalier hospitalier non pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! **Lit accompagnant :** Prise en charge lorsque l'Hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité ;
! **Frais de séjour :** Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
! **Optique :** La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue et tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ;
! **Aides auditives :** Depuis le 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques. Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'adhérent s'applique.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Être résidentes en France métropolitaine (y compris en Corse) ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie français ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de contrat

- Informer l'Assureur des évènements suivants, dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'Ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre

- Faire parvenir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'Assureur dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date de la prestation.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion.
La périodicité du paiement peut etre mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation.
L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de sa prise d'effet et se reconduit tacitement, chaque année, à sa date d'anniversaire, sauf en cas de résiliation. L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.
La couverture prend fin :

- À la date de résiliation quelle qu'en soit le motif et quel que soit la partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à la date anniversaire de son adhésion moyennant un préavis de deux (2) mois. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressée au siège social : **Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 ;**
- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'Assureur.
Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

néoliane

Prévenir Accident

LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation par accident
Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence.
Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

À partir de 2,98 € par mois,
vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 200 € / jour
- Durée maximum de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 82 ans inclus
- Possibilité d'assurer vos enfants

	Allocation	Cotisation mensuelle par Assuré (1)
IJ 15	15€ /jour	2,98 €
IJ 20	20 € /jour	3,41 €
IJ 25	25 € /jour	3,84 €
IJ 40	40 € /jour	5,13 €
IJ 50	50 € /jour	6,00 €
IJ 60	60€ /jour	6,86 €
IJ 70	70 € /jour	7,72 €
IJ 75	75 € /jour	8,16 €
IJ 80	80 € /jour	8,59 €
IJ 90	90 € /jour	9,45 €
IJ 100	100 € /jour	10,31 €
IJ 110	110 € /jour	11,18 €
IJ 120	120 € /jour	12,04 €
IJ 125	125 € /jour	12,47 €
IJ 130	130 € /jour	12,90 €
IJ 140	140 € /jour	13,77 €
IJ 150	150 € /jour	14,63 €
IJ 160	160 € /jour	15,49 €
IJ 175	175 € /jour	16,79 €
IJ 180	180 € /jour	17,22 €
IJ 190	190 € /jour	18,08 €
IJ 200	200 € /jour	18,95 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/07/2024



Caractéristiques de l'offre IJH :

- ☑ Aucune formalité médicale
- ☑ Franchise de 24 heures
- ☑ Allocation totalement exonérée d'impôts
- ☑ Formule cumulable à tout type de garantie
- ☑ Offre accessible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME.
Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

néoliane

Prévenir Accident

LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

CAPITAL DÉCÈS et PTIA* par accident

Cette formule couvre les risques de décès et de perte totale d'autonomie suite à un accident. La garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident est la solution pour mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.

* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

À partir de 3,86 € par mois,
protégez votre famille grâce au versement d'un capital décès :

- Versement d'un capital décès allant jusqu'à 100 000€
- Formule accessible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus pour le capital décès et 65 ans inclus pour la PTIA
- Assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger

	Capital versé	Cotisation mensuelle de 18 à 64 ans[1]
C 10	10 000€	-
C 12	12 000€	-
C 15	15 000€	3,86 €
C 20	20 000€	4,70 €
C 25	25 000€	5,54 €
C 30	30 000€	6,38 €
C 35	35 000€	7,22 €
C 40	40 000€	8,06 €
C 50	50 000€	9,74 €
C 60	60 000€	11,42 €
C 70	70 000€	13,10 €
C 75	75 000€	13,94 €
C 80	80 000€	14,78 €
C 90	90 000€	16,46 €
C 100	100 000€	18,14 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/07/2024 - (2) Dans les limites fiscales en vigueur



Caractéristiques de l'offre Capital Décès/PTIA :

- ☑ Aucune formalité médicale
- ☑ Aucun délai de carence
- ☑ Capital exonéré de droits de succession[2]
- ☑ Capital versé aux bénéficiaires désignés par vos soins
- ☑ Versement par anticipation en cas de PTIA

Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Produit assuré par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX – SA au capital de 800 000 € – RCS Nanterre 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 – Entreprise régie par le Code des Assurances – Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME.
Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.