

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). Sauf mention explicite contraire, les forfaits exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par assuré.

HOSPITALISATION		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)								
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		Frais réels						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾		Frais réels						
Honoraires								
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %	315 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150 %	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %
Chambre particulière (illimité, hors ambulatoire) ⁽²⁾		-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾		-	10 € / jour	15 € / jour	15 € / jour			
Confort hospitalier : téléphone, Internet, télévision (par année d'adhésion et par assuré) ⁽²⁾		-	5 € / jour					
Frais de transport ⁽⁴⁾		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ								
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		Frais réels						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires								
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SOINS COURANTS								
Médicaments		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux								
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>								
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁵⁾		100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	140 %	165 %	165 %	190 %	215 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	130 %	155 %	180 %	180 %	205 %	230 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽⁵⁾		100 %	100 %	105 %	130 %	130 %	155 %	180 %
<u>Actes d'imagerie et d'échographie :</u>								
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	150 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	105 %	105 %	130 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %	150 %
Actes techniques médicaux pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %	130 %
Honoraires paramédicaux		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire		100 %	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 %

Équipements 100% Santé**

Pas de remboursement

Dentaire

Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁶⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Forfait global

Valable par assuré et sur une période de douze mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Il regroupe le remboursement des garanties des postes dentaire, optique et aides auditives.

DENTAIRE

Orthodontie remboursée par le RO
 Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO
 Prothèses dentaires, Implants, Parodontie, Orthodontie pour adulte, non pris en charge par le RO ⁽⁷⁾

OPTIQUE

Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :
 Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe
 Équipement avec des verres complexes ou très complexes
 Monture au sein de l'équipement
 Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an)
 Chirurgie réfractive de l'oeil

AIDES AUDITIVES

Aides auditives de la Classe II - Panier Libre
 Accessoires et fournitures
 Forfait appareils auditifs (par an)

-	150 € (forfait global)	250 € (forfait global)	350 € (forfait global)	450 € (forfait global)	550 € (forfait global)	650 € (forfait global)
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

BONUS FIDÉLITÉ	Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente, le nouveau forfait global sera :	-	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €
	Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes, le nouveau forfait global sera :	-	450 €	550 €	650 €	750 €	850 €	950 €

AUTRES SOINS

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année civile d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	-	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €
Cure thermale ⁽⁸⁾	-	100 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursement automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

Vos forfaits sont valables par année civile d'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. Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 24 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné 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, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (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 et soins de suite et de réadaptation (SSR), 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.
- (4) Frais de transport du malade ou de l'accidenté 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) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (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) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale et du traitement thermal. Pour les frais de transport et d'hébergement le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

* OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

**Tels que définis réglementairement. 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.

*** 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.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



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

	IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
--	------	------	------	------	------	------	------

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	20€	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane	20€	20€	20€	20€	20€	20€	20€
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane	0 €	40 €	50 €	60 €	60 €	70 €	80 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée						

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.

FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ	Dépense	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement du RO	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement Néoliane	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane	0 €	67,93 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	15,37 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane	0 €	13,58 €	81,51 €	149,44 €	175,30 €	175,30 €	175,30 €
	RESTE À CHARGE	175,30 €	161,72 €	93,79 €	25,86 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

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.

FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement du RO	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement Néoliane	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 3 270,12€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

DENTAIRE

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Soins et prothèses 100% santé						
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense							
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	RESTE À CHARGE							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120€

		Soins (hors 100% santé)						
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €
	Remboursement Néoliane	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38€

		Prothèses (hors 100% santé)						
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement du RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement Néoliane*	0 €	150 €	250 €	350 €	450 €	462,23 €	462,23 €
	RESTE À CHARGE	462,23 €	312,23 €	212,23 €	112,23 €	12,23 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 107,50€

		Orthodontie (moins de 16 ans)						
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement Néoliane*	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	526,50 €	526,50 €
	RESTE À CHARGE	526,50 €	376,50 €	276,50 €	176,50 €	76,50 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50€

*Montant du remboursement alloué en Dentaire sous réserve de déduction des dépenses réalisées sur les Aides Auditives et en Optique au cours de l'année civile d'adhésion pour l'Assuré concerné (et sans prise en compte des éventuels bonus fidélité)

OPTIQUE

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Équipements 100% santé						
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense							
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	RESTE À CHARGE							

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

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense							
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	RESTE À CHARGE							

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

		Équipements (hors 100% santé)						
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE	Dépense	100 € ^(*) + 139 € ^(*)						
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150 €	250 €	338,91 €	338,91 €	338,91 €	338,91 €
	RESTE À CHARGE	338,91 €	188,91 €	88,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE	Dépense	231 € ^(*) + 139 € ^(*)						
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €	600,91 €
	RESTE À CHARGE	600,91 €	450,91 €	350,91 €	250,91 €	150,91 €	50,91 €	0,00 €

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

		Lentilles						
LENTILLES non remboursées par le RO	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée						

		Chirurgie réfractive						
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane**	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée						

**Montant du remboursement de la complémentaire santé alloué en Optique sous réserve de déduction des dépenses réalisées sur les Aides auditives et en Dentaire au cours de l'année civile d'adhésion pour l'Assuré concerné (et sans prise en compte des éventuels bonus fidélité)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

🔊 AIDES AUDITIVES

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Équipements 100% santé						
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense							
	Remboursement du RO							
	Remboursement Néoliane	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						
	RESTE À CHARGE							

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

		Équipements (hors 100% santé)						
ÉQUIPEMENTS (HORS 100% SANTÉ)	Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane***	0,00 €	150,00 €	250,00 €	350,00 €	450,00 €	550,00 €	650,00 €
	RESTE À CHARGE	1 236,00 €	1 086,00 €	986,00 €	886,00 €	786,00 €	686,00 €	586,00 €

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

***Montant du remboursement alloué aux Aides Auditives sous réserve de déduction des dépenses réalisées en Optique et en Dentaire au cours de l'année civile d'adhésion pour l'Assuré concerné (et sans prise en compte des éventuels bonus fidélité)

🏥 SOINS COURANTS

		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€

CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane	9 €	9 €	16,50 €	23 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	15 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
	RESTE À CHARGE	32 €	32 €	30,85 €	25,10 €	25,10 €	19,35 €	13,60 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
	RESTE À CHARGE	35 €	35 €	33,85 €	28,10 €	28,10 €	22,35 €	16,60 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

		Matériel médical						
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement Néoliane	0 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	RESTE À CHARGE	11,16 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40€

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT...

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmières, intervenants médicaux
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE (DE PLUS DE 3 JOURS)

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE AU DOMICILE :

- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé comporte deux services médicaux complémentaires : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Dès la validation de votre contrat santé, vous recevrez un email et un SMS avec votre code d'activation pour créer vos comptes ; vous pourrez bénéficier de ces services dès la prise d'effet de votre contrat.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et qui vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

Vous pouvez bénéficier d'une assistance par téléphone en appelant le **09 74 59 51 10**



des experts pour éclairer vos décisions de santé

Obtenez un 2ème avis médical en ligne en moins de 7 jours, auprès de médecins experts et reconnus, sur plus de 300 pathologies graves ou invalidantes.

COMMENT ÇA MARCHE ?



Je récupère mon dossier médical et j'accède à mon compte sur deuxièmeavis.fr



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



Sous 7 jours, j'obtiens l'avis rédigé du médecin après analyse de mon dossier

Un service patient est là pour vous accompagner !
Du lundi au vendredi de 10h à 19h : **01 81 80 00 48**

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE



Produit co-conçu et co-distribué par **GRUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 455 524 € – RCS Paris 812 962 330 – 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème 06200 Nice – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** – SA au capital de 26 469 320€ – RCS Paris B 572 084 697 – 2 rue Pillet-Will 75009 Paris – Entreprise régie par le code des assurances – Société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N° 026.

Produit : **NÉOLIANE INNOV'SANTÉ**

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 de l'Assuré. Toutes les informations sur ce produit sont présentes dans la documentation contractuelle et précontractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

- Le produit Néoliane Innov'Santé est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.
- En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Assuré et de ses 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 Innov'Santé est « NON RESPONSABLE »** car ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Cependant, il est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend de l'état de santé de l'Assuré.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à la charge de l'Assuré.

Le détail de ces plafonds figure sur le tableau des garanties.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Honoraires, Frais de transport ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, Inlays-onlays ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant (lit et frais repas par jour), Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision – par année d'adhésion et par Assuré) ;
- **Dentaire** : Orthodontie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie remboursés par le Régime Obligatoire, Implants, Parodontie, et Orthodontie pour adulte non remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- **Optique** : Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées ou non par le Régime Obligatoire, Chirurgie réfractive de l'oeil ;
- **Aides auditives** : Prothèses auditives de la Classe II., Accessoires et fournitures, Forfait appareils auditif (hors 100% Santé) ;
- **Autres soins** : Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio), Médecines complémentaires (ostéopathe, pédicure, podologue, étioopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste), Cure thermale.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
- ✓ MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance IMA en cas d'événements traumatiques, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

« 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 similaires ;
- ✗ Forfait journalier hospitalier : les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques, en unité de soins longs séjours et en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- ✗ Les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale »), la thalassothérapie.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Le frais liés aux paniers 100% santé ;
- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ! **Frais de séjour, Chambre particulière et Confort hospitalier** : Non couverts au-delà d'une durée maximum de 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et de 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- ! **Frais 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.
- ! **Forfait global** : Prise en charge des postes optique, dentaire et audiologie dans la limite d'un forfait global valable tous les ans et par assuré.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

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 cette même zone géographique.

Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'Assurés 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 :

À l'adhésion au Contrat groupe :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat : ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :

- Transmettre dans les délais prévus 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 d'avance par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un (1) an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date anniversaire, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui court soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

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



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant un préavis de deux (2) mois :

• Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :

- **Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice**
- 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 (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.