

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 interviennent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

HOSPITALISATION

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
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
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	120%	140%	165%	190%	215%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115%	135%	155%	205%	230%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130%	150%	170%	195%	245%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	165%	185%	210%	235%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽³⁾	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ⁽³⁾	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

DENTAIRE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Soins						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	100 %	100%	120 %	140 %	165 %	190 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	260%
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	140%	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	185%	210%	235%	260%
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾	Illimité	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €

OPTIQUE (7)

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
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	100 %	125€	125€	150€	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200€	200€	225 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100€	100€	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) ⁽⁸⁾	100 %	50€	50€	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
--------------------	-------	------	------	------	------	------

SOINS COURANTS

T1 T2 T3 T4 T5 T6

Honoraires médicaux

Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	125 %	140 %	165 %	190 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %

Actes d'imagerie et d'échographie :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Honoraires paramédicaux

100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %

Analyses et examens de laboratoire

100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 125 %

Matériel médical

Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125 %	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	-	-	125 %	125 %	150 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %	165 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	155%	155%	180%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (9)

Depuis le 1^{er} 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 %	120 %	120%	120%	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	110%	110%	110%	130%	130%	130%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	120%	120%	120%	140%	140%	140%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130%	130%	130%	150%	150%	150%

AUTRES SOINS

Cure thermale (10)	100 %	100% + 50 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 75 €	100% + 100 €
Forfait médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioptathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, lumniothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	30 €	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €

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

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), 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 (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005. 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, à l'exception des séjours en gériatrie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales ») et de la thalassothérapie.
- (2) Illimité. Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 90 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 90 jours. Hors hospitalisation ambulatoire. La chambre particulière et le confort hospi et frais accompagnant sont pris en charge pendant une durée limitée à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 30 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'assurance maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.
- (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) 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.
- (6) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (7) Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules la prise en charge est limitée à un équipement optique (deux verres et une monture). La fréquence de remboursement pour un équipement 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. La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. 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.
- (8) Pour la formule T1 seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, T2, T3, T4, T5 et T6, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à condition que les lentilles soient prises en charge par le Régime Obligatoire.
- (9) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (10) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale, du traitement thermal et des 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. 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. Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** 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.



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

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



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



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 1^{re} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives et canines)
- Full Zircon et 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



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont exprimés 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

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	24 €	78,34 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	28,96 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	24 €	24 €	78,34 €	146,27 €	183,30 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	159,30 €	104,96 €	37,03 €	0 €	0 €

DENTAIRE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	36 €	84 €	114 €	144 €	174 €	204 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	370,70 €	340,70 €	310,70 €	280,70 €	250,70 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	0,06 €	125 €	125 €	150 €	150 €	175 €
	RESTE À CHARGE	344,85 €	219,91 €	219,91 €	194,91 €	194,91 €	169,91 €

AIDES AUDITIVES

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le 01/01/2021)*	DÉPENSE	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	160 €	160 €	160 €	240 €	240 €	240 €
	RESTE À CHARGE	1076 €	1076 €	1076 €	996 €	996 €	996 €

SOINS COURANTS

		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	9 €	15 €	16,50 €	21 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	9 €	7,50 €	3 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE TONIK	6,90 €	6,90 €	8,05 €	8,05 €	8,05 €	8,05 €
	RESTE À CHARGE	34 €	34 €	32,85 €	32,85 €	32,85 €	32,85 €

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €. Depuis le 01/01/2022, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur molaires est passée de 107,50 € à 120 €.

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, infirmière, intervenant médical
- ✓ 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 ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

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

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

Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** – Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex – SA au capital de 800 000€ – Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 343 158 036

Produit : **NÉOLIANE TONIK**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE TONIK 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 TONIK 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 des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE TONIK 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'assuré.

Le produit NÉOLIANE TONIK 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. Les plafonds figurent au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences (FPU) ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- ✓ **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, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II. ;
- ✓ **Autres soins** : Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Cure thermale.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Confort Hospi et Frais accompagnant (TV, lit et repas par assuré - lit et repas par accompagnant) ;
- **Optique** : Lentilles refusées par le Régime Obligatoire

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 SYSTEMATIQUÉMENT 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 : sont exclus : les séjours en gériatrie, en instituts médico-pédagogiques, une unité de soins longs séjours, 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 DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! 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 ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

AUTRES EXCLUSIONS

- ! **Les frais de séjour** : 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 90 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle.
- ! **Chambre particulière et lit accompagnant dans les établissements ou services suivants** : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : Prise en charge dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Ne sont pas pris en charge les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique 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 ;
- ! **Aides auditives** : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France Métropolitaine, en Guadeloupe et en Martinique, 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 de moins de trois mois, 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 :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine, Martinique ou Guadeloupe ;
- 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 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 prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :

- Déclarer le sinistre au Gestionnaire dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de la souscription.

La périodicité du paiement peut être 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 initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 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 quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique ;
- 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 l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle 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 – Immeuble Nice Plaza 5ème – 06200 Nice

- Par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année de souscription 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.