

TABLEAU DES GARANTIES

Néoliane ÉQUILIBRE

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

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 d'assurance maladie, par assuré.



HOSPITALISATION

	EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
SECTEUR CONVENTIONNÉ						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100%	120%	140%	165%	190%	215%
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ⁽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	120%	140%	160%	185%	210%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	140%	160%	180%	205%	230%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Frais de transport ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
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%

100% SANTÉ DENTAIRE

À partir du 1er 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 ⁽⁶⁾	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Orthodontie remboursée par le RO	100%	150%	175%	200%	225%	250%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125%	175%	200%	225%	275%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150%	200%	225%	250%	300%
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100%	150%	175%	200%	225%	250%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125%	175%	200%	225%	275%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150%	200%	225%	250%	300%
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁴⁾	Illimité	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁵⁾

À partir du 1er 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%	100%	100%	125 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100%	100%	100%	200 €	225 €	250 €
Dont monture - Jusqu'au 31/12/2019	100%	100%	100%	150 €	150 €	150 €
À partir du 01/01/2020	100%	100%	100%	100 €	100 €	100 €
Lentilles (par an) ⁽⁶⁾	100%	100%	100%	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS

Médicaments	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*	100%	125%	125%	150%	175%	200%
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	105%	105%	105%	105%
<u>Actes d'imagerie et d'échographie :</u>						
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%

SOINS COURANTS	EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
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 %	150 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	125 %	125 %	125 %	150 %	175 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	125 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES

À partir du 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 %	100 %	100 %	125 %

SERVICES

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

PACK BIEN-ÊTRE (OPTIONNEL)

Forfait Chambre particulière ⁽⁷⁾	45 € / jour
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étiothérapie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue)	20 € /séance, limité à 3 séances / an

PACK BIEN-ÊTRE + (OPTIONNEL)

Forfait Chambre particulière ⁽⁷⁾	60 € / jour
Forfait frais accompagnant (Tv, lit, repas) ⁽⁷⁾	15 € / jour
Forfait pharmacie non remboursée par le RO	30 € / an
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étiothérapie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue)	25€ / séance limité à 3 séances / an
Cure thermale	100% + forfait de 100 € / an
Forfait prothèses orthopédiques	75 € / an
Forfait prothèses auditives de la Classe B - Panier Libre	150 € / an

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 Euro. (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) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ 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) Le forfait journalier hospitalier ne prend pas en charge les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), 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 « Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale) et la thalassothérapie.

(2) Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 60 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) 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) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(5) Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception des formules 1, 2 et 3, 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.

(6) Au-delà du forfait, les lentilles est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(7) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge 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).

*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.

Dès le 1er janvier 2020, vous pouvez avoir accès au 100% Santé sur l'optique et une partie du panier dentaire. À partir du 1er janvier 2021, vous pouvez bénéficier du 100% SANTÉ sur 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.

1er janvier 2020

1er janvier 2021



Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier optique ⁽¹⁾



Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire ⁽²⁾ (prothèses fixes uniquement)



Une baisse du reste à charge moyen de 250 € par aide auditive



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^{ère} 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
(à partir du 01/01/2021)



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 en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2020.

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

		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉQUILIBRE	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	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉQUILIBRE	0 €	54,34 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	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	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉQUILIBRE	0 €	0 €	54,34 €	122,27 €	159,30 €	159,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	159,30 €	104,96 €	37,03 €	0 €	0 €

DENTAIRE

		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
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 ÉQUILIBRE	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 ÉQUILIBRE	36 €	96 €	126 €	156 €	186 €	216 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	358,70 €	328,70 €	298,70 €	268,70 €	238,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉQUILIBRE	32,25 €	86 €	112,88 €	139,75 €	166,63 €	193,50 €
	RESTE À CHARGE	431,20 €	377,45 €	350,57 €	323,70 €	296,82 €	269,95 €
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 ÉQUILIBRE	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
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 ÉQUILIBRE	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 ÉQUILIBRE	0,06 €	0,06 €	0,06 €	125 €	150 €	175 €
	RESTE À CHARGE	344,85 €	344,85 €	344,85 €	219,91 €	194,91 €	169,91 €

AIDES AUDITIVES

		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉQUILIBRE	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (À partir du 01/01/2020)*	DÉPENSE	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉQUILIBRE	140 €	140 €	140 €	140 €	140 €	227,50 €
	RESTE À CHARGE	1 126 €	1 126 €	1 126 €	1 126 €	1 126 €	1 038,50 €

SOINS COURANTS

		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
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 ÉQUILIBRE	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 ÉQUILIBRE	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 ÉQUILIBRE	9 €	17 €	17 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	7,50 €	7,50 €	1 €	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 ÉQUILIBRE	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 passera dès le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Dès le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives passera à 400 €.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu par NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE, intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) et assuré par PREPAR-IARD, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 343.158.036.

Produit : NÉOLIANE ÉQUILIBRE

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 ÉQUILIBRE 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 ÉQUILIBRE 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 ÉQUILIBRE 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 ÉQUILIBRE est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'assuré, à compter du 1^{er} janvier 2020, de bénéficier d'un reste à charge sur une sélection d'équipements sur l'optique, le dentaire et les audioprothèses (à partir du 1^{er} janvier 2021).



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 :

- Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport ;
- Secteur non conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires ;

✓ **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 ;

✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;

✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé) à partir du 01/01/2021, Prothèses auditives de la Classe II. .

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant (Tv, lit repas) ;

✓ **Soins courants** : Forfait médicament non remboursée par le RO, Forfait médecines naturelles, Cure thermique, Forfait prothèses orthopédiques, Forfait prothèses auditives de la classe II.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

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

✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUÉMENT PRÉVUES :

✓ Assistance IMA en cas d'événements traumatisants, 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 ;
- ✗ Les traitements ou interventions chirurgicales 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 gérontologie, 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 « Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale »), la thalasso thérapie.

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, 60 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 30 jours par an et par bénéficiaire ;
- ! Forfait journalier hospitalier : ne sont pas pris en charge les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées...
- ! Optique : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue ;
- ! Dentaire : Plafond dentaire entre 700 et 800 euros sur les formules les plus élevées.
- ! Aides auditives : À compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français de Sécurité Sociale de l'adhérent s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine, Martinique ou Guadeloupe ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Avoir 18 ans minimum et 89 ans maximum à la souscription ;
- Relever du régime Obligatoire français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine Martinique ou de Guadeloupe, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel ou Semestriel).

Les paiements peuvent être effectués mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les prélèvements mensuels.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit son adhésion, à chaque échéance du contrat, par écrit et par courrier, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance : Néoliane Santé - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza 5ème - 06200 Nice.

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

Référence : 11/2019