

# TABLEAU DES GARANTIES

## Néoliane Énergie +

Souscription possible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion

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



HOSPITALISATION (1) (2)	ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Forfait journalier hospitalier (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Honoraires</b>				
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	130 %	170 %	250 %
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	150 %	200 %
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (4)	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) (5)	100 %	100 %	100 %	100 %

### 100% SANTÉ DENTAIRE (6)

À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 - Réforme 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**			
Soins et prothèses 100% Santé - Panier 100% Santé**				
<b>Soins</b>				
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire (7)	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres</b>				
Prothèses dentaires et Inlay-Core remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	130 %	170 %	200 %
Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursées	-	25 €	25 €	50 €
Plafond dentaire (hors soins dentaires et orthodontie) - par an et par bénéficiaire	-	300 €	400 €	500 €
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	-	500 €	600 €	700 €

### 100% SANTÉ OPTIQUE (8)

À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 - Réforme 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**			
Équipements 100% Santé - (Classe A - Panier 100% Santé)**				
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :				
Équipement avec 2 verres simples	52 €	52 €	100 €	100 €
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	126 €	126 €	126 €	126 €
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe	126 €	126 €	146 €	146 €
Équipement avec 2 verres complexes	200 €	200 €	200 €	200 €
Équipement avec 2 verres très complexes	200 €	200 €	240 €	240 €
Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe	200 €	200 €	220 €	220 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	40 €	40 €	40 €	40 €
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 %	100 %	100 %	100 %

### SOINS COURANTS

<b>Médicaments</b> remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Honoraires médicaux</b>				
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>				
Pour les praticiens généralistes adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %
Pour les praticiens généralistes non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	105 %
Pour les praticiens spécialistes adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	175 %
Pour les praticiens spécialistes non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	155 %
<u>Actes d'imagerie et d'échographie :</u>				
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %
<u>Actes techniques médicaux :</u>				
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 %	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS	ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Matériel médical</b>				
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 %	100 %	100 %	150 %
<b>100% SANTÉ AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille <sup>(9)</sup></b>				
<b>À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021 - Réforme 100% Santé</b>	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**			
Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé)**				
Aides auditives de la Classe II par oreille et par bénéficiaire	100 %	100 %	100 %	150 %
Piles et entretien - par bénéficiaire	100 %	100 %	100 %	150 %

## 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

## RENFORT CONFORT (OPTIONNEL)

Hospitalisation - Lit accompagnant <sup>(10)</sup>	15 € / jour
Médecines naturelles	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Tabacologue, Psychologue, Psychomotricien, Homéopathe, Diététicien, Aptitude à la pratique d'un sport, Etiopathe, Mésothérapeute et Pédicure/ Podologue	25 € / séance, limité à 3 séances / an
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale <sup>(11)</sup>	Forfait 60 € / an
Chirurgie réfractive ou implants multifocaux	Forfait 200 € / an
Dentaire non remboursé par la Sécurité Sociale	Forfait supplémentaire 100 € / an
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	Forfait supplémentaire 200 € / semestre
Prévention (vaccins, sevrage tabagique)	Forfait 30 € / an

## RENFORT MIEUX-ÊTRE (OPTIONNEL)

Forfait prothèses auditives <sup>(9)</sup>	300 € / an
Forfait handicap (Fauteuil roulant, autres prothèses)	300 € / an
Forfait cure thermale	200 € / an
Forfait optique	50 €

Les prestations sont exprimées remboursement de la Sécurité sociale inclus, par bénéficiaire, lorsque Quatrem intervient.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites des Conditions générales, elles ne sauraient s'y substituer.

**(1)** En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.

**(2)** En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

**(3)** Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L174-6 du Code de la Sécurité sociale et à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles)

**(4)** Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie.

**(5)** SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

**(6)** Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

**(7)** Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

**(8)** Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.

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.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.

**(9)** Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans

**(10)** Hors établissements non conventionnés.

**(11)** Les lentilles prescrites « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

\*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Le site [ameli.fr](http://ameli.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

\*\*Tels que définis réglementairement. Les paniers 100% Santé entreront en vigueur au 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et au 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

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 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.

\*\*\* 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.

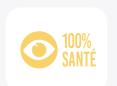
Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



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 <sup>(1)</sup>



Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire <sup>(2)</sup> (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 <sup>(2)</sup>



Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier aides auditives <sup>(3)</sup>

## 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<sup>ère</sup> 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  $\geq$  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

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	20 €	20 €	20 €	20 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	24 €	105,51 €	107,30 €	107,30 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>83,30 €</b>	<b>1,79 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	24 €	24 €	159,85 €	183,30 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>159,30 €</b>	<b>159,30 €</b>	<b>23,45 €</b>	<b>0 €</b>

## DENTAIRE

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	36 €	72 €	120 €	156 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>418,70 €</b>	<b>382,70 €</b>	<b>334,70 €</b>	<b>298,70 €</b>
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	32,25 €	64,50 €	107,50 €	139,75 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>431,20 €</b>	<b>398,95 €</b>	<b>355,95 €</b>	<b>323,70 €</b>
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	416 €	416 €	416 €	416 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

## OPTIQUE

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	52 €	52 €	100 €	100 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>292,91 €</b>	<b>292,91 €</b>	<b>244,91 €</b>	<b>244,91 €</b>

## AIDES AUDITIVES

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	890 €	890 €	890 €	890 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Aides auditives de classe II par oreille (À partir du 01/01/2020)*	DÉPENSE	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	140 €	140 €	140 €	315 €
	<b>RESTE À CHARGE</b>	<b>1 126 €</b>	<b>1 126 €</b>	<b>1 126 €</b>	<b>951 €</b>

## SOINS COURANTS

		ÉNERGIE 1	ÉNERGIE 2	ÉNERGIE 3	ÉNERGIE 4
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	<b>RESTE À CHARGE**</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	9 €	9 €	9 €	9 €
	<b>RESTE À CHARGE**</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>	<b>1 €</b>
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	9 €	9 €	9 €	23 €
	<b>RESTE À CHARGE**</b>	<b>15 €</b>	<b>15 €</b>	<b>15 €</b>	<b>1 €</b>
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE ÉNERGIE +	6,90 €	6,90 €	6,90 €	19,55 €
	<b>RESTE À CHARGE**</b>	<b>34 €</b>	<b>34 €</b>	<b>34 €</b>	<b>21,35 €</b>

\* 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 €.

\*\* Le reste à charge inclut la participation forfaitaire à payer par l'assuré de 1€ déduit des remboursements du Régime Obligatoire.

# 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 QUATREM, entreprise régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Humanis.

Produit : NÉOLIANE ÉNERGIE+

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 ÉNERGIE+ 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 ÉNERGIE+ 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 ÉNERGIE+ 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 ÉNERGIE+ est conforme au dispositif «100% Santé» qui permet à l'assuré de bénéficier, à partir du 1er janvier 2020, d'un zéro reste à charge sur une sélection d'équipements en optique et sur une partie des prothèses en dentaire, et à partir du 1er janvier 2021 pour les aides auditives.




### Qu'est ce qui est assuré ?


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


#### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :


##### **Hospitalisation :**

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

 **Dentaire :** Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlay / Onlay, Prothèses dentaires remboursées par le RO - Régime Obligatoire, Inlay core remboursé par le RO - Régime Obligatoire, Orthodontie remboursée par le RO - Régime Obligatoire ;

 **Optique :** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles (y compris lentilles jetables) ;

 **Soins courants :** Consultations généraliste/spécialiste, Honoraires paramédicaux, Actes techniques médicaux et imagerie médicale, Analyse et examen de laboratoire, Médicaments remboursés par le RO - Régime Obligatoire


 **Aides auditives :** Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.


#### LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :


**Hospitalisation :** Chambre particulière

**Dentaire :** Plafond dentaire

#### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

 Réseau de soins Carte Blanche (plus de 7 700 opticiens qui garantissent le meilleur rapport qualité/prix) ;

 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.



### 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 ;

Cette liste n'est pas exhaustive.



### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS

! 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.

! Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière :** Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 60 jours pour les séjours en psychiatrie ;

! **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 :** À compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Référence : 11/2019





## 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.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique à la date de la signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 75 ans maximum



## Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Être âgées à la date de la signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 75 ans maximum

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans un délai de 15 jours suivant leur survenance: changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.

En cas de sinistre :

- 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, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



## 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. L'assuré dispose d'un délai de rétraction 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 quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

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.