

Adhésion possible à partir de 55 ans et jusqu'à 89 ans inclus

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

SECTEUR CONVENTIONNÉ

	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Chirurgie et anesthésie pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière ⁽²⁾	-	-	55 € / jour	65 € / jour	65 € / jour	75 € / jour	85 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	30 € / jour	65 € / jour	75 € / jour	85 € / jour	95 € / jour	105 € / jour
Frais accompagnant ⁽³⁾	-	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Frais de séjour ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie	100 %	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 ⁽⁵⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	275 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres							
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	275 %
Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontologie non pris en charge par le RO ⁽⁶⁾	-	125 € / an	150 € / an	175 € / an	200 € / an	225 € / an	250 € / an
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁷⁾	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	700 €	900 €	1 100 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	1 000 €	1 200 €	1 400 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁸⁾

À partir du 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

CARTE BLANCHE	Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁹⁾						
Équipements 100% Santé**							
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :							
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	250 €	250 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	200 €	200 €	240 €	275 €	350 €	400 €	450 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	200 €	250 €	290 €	325 €	400 €	450 €	500 €
À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	200 €	300 €	340 €	375 €	450 €	500 €	550 €
Dont monture - Jusqu'au 31/12/2019	100 €	100 €	100 €	100 €	150 €	150 €	150 €
À partir du 01/01/2020	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux							
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	200 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	180 %	180 %

SOINS COURANTS

	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Actes techniques médicaux :							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	155 %	155 %
Actes d'imagerie et d'échographie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical							
Prothèses orthopédiques, médicales ou capillaires (forfait annuel)	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 100 €	125 % + 100 €	150 % + 150 €	175 % + 150 €	200 % + 200 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 % + 50 €	100 % + 50 €	125 % + 100 €	150 % + 100 €	175 % + 150 €	200 % + 150 €	225 % + 200 €

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 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %

LES + SENIOR

Médecines naturelles (forfait annuel et par bénéficiaire, limité à 25 € par acte) Ostéopathie, Chiropractie, Diététique, Pédicurie-Podologie, Acupuncture, Homéopathie	80 €	105 €	130 €	155 €	180 €	180 €	180 €
Cure thermale ⁽¹¹⁾	100 % + 125 €	100 % + 150 €	100 % + 175 €	100 % + 200 €	100 % + 225 €	100 % + 225 €	100 % + 225 €

LES + PRÉVENTION ⁽¹²⁾

Ostéodensitométrie, Détartrage annuel, Actes de dépistage Vaccins	Oui						
--	-----	--	--	--	--	--	--

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

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

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). – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 24 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

- (1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (2) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
- (3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante
- (4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (5) 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) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
- (7) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (8) 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.
- (9) Retrouvez plus de précisions sur les avantages du réseau Carte Blanche dans votre notice.
- (10) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (11) Remboursement limité aux frais réels et versé uniquement pour les prestations prises en charge par le régime obligatoire.
- (12) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

*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 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.

*** 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

		NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	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 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	24 €	91,93 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	15,37 €	0 €	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 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	24 €	37,59 €	105,51 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	145,71 €	77,79 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

DENTAIRE

		NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	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 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €	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 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	36 €	36 €	66 €	96 €	126 €	156 €	186 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	418,70 €	388,70 €	358,70 €	328,70 €	298,70 €	268,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	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 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	32,25 €	32,25 €	59,13 €	86 €	112,88 €	139,75 €	166,63 €
	RESTE À CHARGE	431,20 €	431,20 €	404,32 €	377,45 €	350,57 €	323,70 €	296,82 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	250 €	250 €
	RESTE À CHARGE	219,91 €	194,91 €	169,91 €	144,91 €	94,91 €	94,91 €	94,91 €

AIDES AUDITIVES

		NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €	1100 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €	890 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (À compter du 01/01/2020)*	DÉPENSE	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	140 €	140 €	140 €	227,50 €	315 €	402,50 €	490 €
	RESTE À CHARGE	1 126 €	1 126 €	1 126 €	1 038,50 €	951 €	863,50 €	776 €

SOINS COURANTS

		NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	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 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	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 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	9 €	17 €	23 €	23 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	7,50 €	1 €	1 €	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 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SÉRÉNITÉ	6,90 €	12,65 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €	25,30 €	25,30 €
	RESTE À CHARGE	34 €	28,25 €	27,10 €	21,35 €	15,60 €	15,60 €	15,60 €

* 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 €.

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 L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : NÉOLIANE SÉRÉNITÉ

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 SÉRÉNITÉ 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 SÉRÉNITÉ 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 SÉRÉNITÉ 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 SÉRÉNITÉ 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, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le 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); Chirurgie réfractive

 **Soins courants** : Médicaments (dont forfait médicament non remboursé par le RO), Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure), Cure thermale, Matériel médical ; Cure thermale, Médecines naturelles

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




LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation : Chambre particulière, Frais accompagnant ;


Dentaire : Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire

Soins courants : Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :





-  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 SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE :

-  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 ;
-  Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

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

-  **Frais accompagnant** : Prise en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité ;
-  **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
-  **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 : 05/2020



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.



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 âgés entre 55 ans et 89 ans inclus.

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 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.

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.

Référence : 05/2020