



Dynamique

TABLEAU DES GARANTIES

L'Équité



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 s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.



HOSPITALISATION

	D1	D2	D3	D4	D5
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)					
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	120 %	140 %	160 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	120 %	135 %	160 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	125 %	145 %	180 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	130 %	155 %	180 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	120 %	140 %
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	-	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	25 €/jour	35 €/jour	45 €/jour
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	35 €/jour	45 €/jour	55 €/jour
Extra Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ^{(2) (3)}	-	10 €/jour	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ					
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ 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 ⁽⁶⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	215 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	245 %

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	215 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	245 %
Autres frais dentaires non remboursés par le RO ⁽⁷⁾	-	50 €/an	100 €/an	100 €/an	150 €/an
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁸⁾	Illimité	Illimité	400 €	500 €	600 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Illimité	Illimité	550 €	750 €
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	Illimité	Illimité	700 €	900 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	Illimité	Illimité	850 €	1050 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁹⁾

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

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 (équipements de la Classe B - Panier Libre)***

Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels

100% SANTÉ 6d OPTIQUE ⁽⁹⁾		D1	D2	D3	D4	D5
Monture			50 €	75 €	90 €	100 €
Équipement à verres simples			50 €	80 €	100 €	100 €
Équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %		100 €	125 €	125 €	150 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes			150 €	170 €	190 €	200 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion (applicable sur les verres) :	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
	À compter de la 5 ^e année d'adhésion (applicable sur les verres) :	-	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €
Lentilles remboursées par le RO		100 %	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 90 €	100 % + 100 €
Lentilles non remboursées par le RO		-	50 €	75 €	90 €	100 €

SOINS COURANTS

MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	120 %	120 %	135 %
MATÉRIEL MÉDICAL					
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾	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 %	100 %	100 %

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue (par année d'adhésion et par assuré - limité à 25 € / acte)	-	50 €	75 €	75 €	100 €
Actes de prévention (les prestations de prévention couvertes par les Régimes Obligatoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Téléconsultation	Service inclus et disponible dès la prise d'effet de votre contrat
Assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, ect.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'assureur des garanties santé est l'Équité.
 À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'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, notamment, pas en charge la majoration de participation pour les Assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ainsi que les franchises médicales et participations forfaitaires laissées à la charge de l'Assuré en application de l'article L160-13 du code de la Sécurité Sociale. 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. Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), à l'exclusion des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (ULSD).
 (2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les

établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), unités de soins de longue durée (ULSD) 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) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.
 (6) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prothèse bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
 (7) Implantologie, parodontologie, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
 (8) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
 (9) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. 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.
 (10) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
 (11) 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.

*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 entrés 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.

DEPUIS LE 1^{ER} 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^{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)
- 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





Dynamique

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

HOSPITALISATION

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)					FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	NC					20 €				
Remboursement du RO	0 €					0 €				
Remboursement Dynamique	0 €	20 €	30 €	40 €	50 €	20 €				
Reste à charge	Selon dépense engagée					0 €				

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ Séjours avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.				
	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	835,60 €				
Remboursement du RO	811,60 €				
Remboursement Dynamique	24 €				
Reste à charge	0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
835,60€ (dont 24 € de participation forfaitaire, pour toute opération d'au moins 120 €)


	OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	355 €					447 €				
Remboursement du RO	271,70 €					271,70 €				
Remboursement Dynamique	0 €	54,34 €	83,30 €			0 €	54,34 €	108,68 €		
Reste à charge	83,30 €	28,96 €	0 €			175,30 €	120,96 €	66,62 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
271,70 €

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC Séjours sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.				
	D1	D2	D3	D4	D5
Dépense	3 541 €				
Remboursement du RO	2 832,80 €				
Remboursement Dynamique	708,20 €				
Reste à charge	0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE



Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé				
D1	D2	D3	D4	D5
500 €				
72 €				
428 €				
0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)				
D1	D2	D3	D4	D5
43,38 €				
26,03 €				
17,35 €				
0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
43,38 €


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge


COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)				
D1	D2	D3	D4	D5
554 €				
72 €				
48 €	78 €	108 €	138 €	168 €
434 €	404 €	374 €	344 €	314 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)				
D1	D2	D3	D4	D5
720 €				
193,50 €				
0 €	48,38 €	96,75 €	145,13 €	193,50 €
526,50 €	478,13 €	429,75 €	381,38 €	333 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
193,50 €

OPTIQUE



Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé				
D1	D2	D3	D4	D5
41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
20,70 €				
91,30 €				
0 €				

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

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements 100% santé				
D1	D2	D3	D4	D5
90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
37,80 €				
172,20 €				
0 €				


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


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements (hors 100% santé)				
D1	D2	D3	D4	D5
100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
0,09 €				
0,06 €	99,91 €	154,91 €	189,91 €	199,91 €
338,85 €	239 €	184 €	149 €	139 €

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


VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements (hors 100% santé)				
D1	D2	D3	D4	D5
231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
0,09 €				
0,06 €	199,91 €	244,91 €	279,91 €	299,91 €
600,85 €	401 €	356 €	321 €	301 €


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Dynamique
Reste à charge

FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le Régime Obligatoire				
D1	D2	D3	D4	D5
NC				
0 €				
0 €	50 €	75 €	90 €	100 €
Selon dépense engagée				


OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive				
D1	D2	D3	D4	D5
NC				
0 €				
0 €				
Selon dépense engagée				

AIDES AUDITIVES

	PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé					PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
	Dépense					1 476 €				
	Remboursement du RO					240 €				
	Remboursement Dynamique					160 €				
	Reste à charge					1 076 €				


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

SOINS COURANTS

	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
	Dépense					35 €				
	Remboursement du RO					24,50 €				
	Remboursement Dynamique					10,50 €				
	Reste à charge					0 €				


Base de remboursement du Régime Obligatoire :
30 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
	Dépense					50€				
	Remboursement du RO					24,50 €				
	Remboursement Dynamique					10,50 €	19,25 €	25,50 €		
	Reste à charge					15 €	6,25 €	0 €		


Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
	Dépense					55 €				
	Remboursement du RO					16,10 €				
	Remboursement Dynamique					6,90 €	11,50 €		14,95 €	
	Reste à charge					32 €	27,40 €		23,95 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
	Dépense					25,80 €				
	Remboursement du RO					14,64 €				
	Remboursement Dynamique					9,76 €				
	Reste à charge					1,40 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
24,40 €

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr). Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS – SA au capital de 69 213 760 € – RCS Paris 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR232327_03PBRV – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NÉOLIANE DYNAMIQUE**

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 DYNAMIQUE 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 DYNAMIQUE 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'adhérent et des éventuels ayants droit, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE 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'adhérent. Le produit NÉOLIANE DYNAMIQUE 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. 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) ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Médicaments ou vaccins prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.
- ✓ **Prévention**

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Soutien psychologique** : en cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
- ✓ **Avance de fond** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant ;
- **Dentaire** : Actes non remboursés 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) ;

« Les garanties précédées d'une ✓ 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

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Lit 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 et des établissements médico-sociaux ;
- ! **Optique** : 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 et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Depuis le 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques. 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, 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 la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'Assureur ;
- Être âgé(e) entre 18 ans et sans limite d'âge (adhérent principal et conjoint) ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

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 ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre

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



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement ou chèque (annuel uniquement).



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 d'un an à compter de sa prise d'effet et se reconduit tacitement, chaque année, à sa date d'anniversaire, 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 :

- En cas de résiliation quelqu'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 France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant un préavis de deux (2) mois. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressée au siège social à :
Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R – Bat C – CS 63278 – 06205 NICE CEDEX 3 ;
- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur. Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.