

## HOSPITALISATION

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
<b>SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)</b>						
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) <sup>(2)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SRR <sup>(2)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>HONORAIRES</b>						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	140 %	165 %	190 %	215 %
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion	120 %	135 %	155 %	180 %	205 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion	130 %	150 %	170 %	195 %	220 %
	À compter de la 4 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	145 %	165 %	185 %	210 %	235 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	120 %	145 %	170 %	195 %
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) <sup>(3)</sup>	-	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) <sup>(3)</sup>	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport <sup>(4)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>SECTEUR NON CONVENTIONNÉ</b>						
Frais de séjour (y compris maternité) <sup>(2)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>HONORAIRES</b>						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

## 100% SANTÉ DENTAIRE

### Depuis le 1<sup>er</sup> 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 <sup>(5)</sup>	100 %	100 %	120 %	140 %	165 %	190 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	140 %	165 %	190 %	215 %	240 %
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	145 %	185 %	210 %	235 %	285 %

#### PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	140 %	165 %	190 %	215 %	240 %
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion	115 %	150 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes	145 %	185 %	210 %	235 %	285 %
Plafond dentaire (hors soins) <sup>(6)</sup>	Illimité	800 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €

## 100% SANTÉ OPTIQUE <sup>(7)</sup>

### Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 - Réforme 100% Santé

#### Équipements 100% Santé\*\*

Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements\*\*

Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé

Monture et verres (équipements de la Classe B - Panier Libre)\*\*\* :

Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	125 €	150 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	200 €	225 €	225 €	250 €
↳ Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) <sup>(8)</sup>	100 %	50 €	50 €	50 €	75 €	75 €

## SOINS COURANTS

	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6
<b>MÉDICAMENTS</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>						
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	125 %	140 %	165 %	190 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion					
	-	-	-	125 %	125 %	150 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion					
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %	165 %
	À compter de la 4 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes					
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	130 %	130 %	130 %	155 %	155 %	180 %
	Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage					
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

## 100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (9)

Depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2021 - Réforme 100% Santé						
<b>Équipements 100% Santé</b> (Classe I - Panier 100% Santé)**						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre						
100 %	100 %	100 %	120 %	120 %	120 %	120 %
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	À compter de la 2 <sup>e</sup> année d'adhésion					
	110 %	110 %	110 %	130 %	130 %	130 %
	À compter de la 3 <sup>e</sup> année d'adhésion					
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	120 %	120 %	120 %	140 %	140 %	140 %
	À compter de la 4 <sup>e</sup> année d'adhésion et suivantes					
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	130 %	130 %	130 %	150 %	150 %	150 %

## AUTRES SOINS

<b>CURE THERMALE</b> (10)	100 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, oméopathe, 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 30 € / acte)	30 €	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €

## LES + PRÉVENTION

Actes de prévention pris en charge par le RO (dépistage de l'hypertension, des troubles de l'audition, de l'ostéoporose, etc.) (11)	100 %	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

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et les produits de santé pris en charge par l'Assurance Maladie conformément au décret N°2014-1374 du 18 novembre 2014. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ont droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

- (1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des séjours en gériatrie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermique ») et de la thalassothérapie.
- (2) Illimité. Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 90 jours par an et par Assuré en réduction fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 90 jours. Hors hospitalisation ambulatoire. La chambre particulière

- et le confort hospi et frais accompagnant sont pris en charge pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 30 jours par an et par Assuré en réduction fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.
- (4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
  - (5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
  - (6) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
  - (7) 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.

- (8) Pour la formule T1 seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, T2, T3, T4, T5 et T6, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à condition que les lentilles soient prises en charge par le Régime Obligatoire.
- (9) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (10) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.
- (11) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

\*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

\*\*Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% SANTÉ sur la page suivante. Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>ER</sup> 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 antirayure) 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 zircones (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  $\geq 6000$  Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



## 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)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	NC						20 €					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Néoliane Tonik	0 €	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	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.					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	835,60 €					
Remboursement du RO	811,60 €					
Remboursement Néoliane Tonik	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)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	355 €						447 €					
Remboursement du RO	271,70 €						271,70 €					
Remboursement Néoliane Tonik	0 €	54,34 €	83,30 €				0 €	54,34 €	122,27 €	175,30 €		
Reste à charge	83,30 €	28,96 €	0€				175,30 €	120,96 €	53,04 €	0 €		

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.					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	3 541€					
Remboursement du RO	2 832,80 €					
Remboursement Néoliane Tonik	708,20 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
3 541 €

DENTAIRE



Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
500 €					
72 €					
428 €					
0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
120 €

DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
43,38 €					
26,03 €					
17,35 €					
0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
43,38 €


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge


COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
554 €					
72 €					
48 €	96 €	126 €	156 €	186 €	216 €
434 €	386 €	356 €	326 €	296 €	266 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
120 €

TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
720 €					
193,50 €					
0 €	77,40 €	125,78 €	174,15 €	222,53 €	270,90 €
526,50 €	449,10 €	400,72 €	352,35 €	303,97 €	255,60 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
193,50 €

OPTIQUE



Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
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					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
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 Néoliane Tonik
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
0,09 €					
0,06 €	124,91 €	149,91 €	174,91 €		
338,85 €	214 €	189 €	164 €		

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


VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
0,09 €					
0,06 €	199,91 €	224,91 €	249,91 €		
600,85 €	401 €	376 €	351 €		


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

FORFAIT ANNUEL LENTILLES Non remboursées par le Régime Obligatoire					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
NC					
0 €					
0 €	50 €	75 €			
Selon dépense engagée					


OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive					
T1	T2	T3	T4	T5	T6
NC					
0 €					
0 €					
Selon dépense engagée					

AIDES AUDITIVES

<div></div>	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)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Dépense						1 476 €					
	Remboursement du RO						240 €					
	Remboursement Néoliane Tonik						160 €		240 €			
Reste à charge						0 €	1 076 €		996 €			


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

SOINS COURANTS

<div></div>	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Dépense						35 €					
	Remboursement du RO						24,50 €					
	Remboursement Néoliane Tonik						10,50 €					
Reste à charge						2 €	0 €					


Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
30 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
35 €

<div></div>	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 moins de 6 ans Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Dépense						50 €					
	Remboursement du RO						24,50 €					
	Remboursement Néoliane Tonik						10,50 €	17,50 €	19,25 €	24,50 €	25,50 €	
Reste à charge						2 €	15 €	8 €	6,25 €	1 €	0 €	


Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
35 €

<div></div>	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)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Dépense						55 €					
	Remboursement du RO						16,10 €					
	Remboursement Néoliane Tonik						6,90 €		8,05 €			
Reste à charge						19 €	32 €		30,85 €			

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
23 €

<div></div>	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					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Dépense						25,80 €					
	Remboursement du RO						14,64 €					
	Remboursement Néoliane Tonik						6,90 €		8,05 €			
Reste à charge						36 €	36 €		34,85 €			

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 et distribué 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 – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 ([www.orient.fr](http://www.orient.fr)) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488. Produit co-conçu et assuré par **PREPAR IARD** – Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex – SA au capital de 800 000€ – RCS Nanterre 343 158 036 – Entreprise régie par le Code des assurances – N° LEI : 9695008UHMH3007TIB62 – Entité du Groupe BPCE – N° d'identifiant unique ADEME : FR232581\_03FWUB.

### Produit : NÉOLIANE TONIK

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE TONIK sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties qui détaille le niveau des remboursements.

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit NÉOLIANE TONIK est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de Maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants-droit, après l'intervention du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier. Le produit NÉOLIANE TONIK est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Le produit NÉOLIANE TONIK est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



### QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

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

#### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences (FPU) ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;
- ✓ **Prévention** : Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapie, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), cure thermique.

#### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

#### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».



### QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique, les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermique »), la thalassothérapie ;
- ✗ 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 ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- ! Ne sont pas pris en charge les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Les frais de séjour** : Non couverts au-delà d'une durée maximum de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et de 90 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR).
- ! **Chambre particulière, Confort Hospi et Frais accompagnant** : Non couverts au-delà d'une durée maximum de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et de 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie.
- ! **Chambre particulière, Confort Hospi et Frais accompagnant** : Prise en charge dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans, tous les 6 mois de la naissance aux 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

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, en Guadeloupe, Guyane, La Réunion et en Martinique, pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques.

Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'adhérent s'applique.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de nullité d'adhésion garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :**

À l'adhésion au Contrat groupe :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine, Martinique, Guyane, La Réunion ou Guadeloupe ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

**En cours de vie du contrat : ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.**

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;

**Pour le versement de la prestation :**

- Transmettre dans les délais prévus 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 deux (2) ans suivant la date de la prestation.



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un (1) an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date 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 :

- À la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur ;



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. 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 extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :

**Neoliane Santé - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 ;**

- Sur l'espace adhérent : **[www.neoliane.fr/service-client](http://www.neoliane.fr/service-client)**, 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 (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.