

Votre conseiller
COROT Sébastien
Gérant
Ligne directe : 0613914819

Sébastien COROT
01120 Thil
France

Votre étude personnalisée mutuelle individuelle

Nous avons le plaisir de vous faire parvenir votre étude personnalisée mutuelle individuelle réalisée le 27/01/2022.

Ce projet vous est donné à titre indicatif et n'a aucune valeur contractuelle.

Il se base sur les informations que vous nous avez communiquées et du tarif en vigueur à la date du projet. Nous vous précisons que les cotisations et garanties indiquées ci-après demeurent subordonnées à l'acceptation de votre dossier.

Cordialement,

Votre projet est défini sur la base des informations suivantes :

Date d'effet : 01/03/2022

Assuré principal

M. Sébastien COROT

Date de naissance: 14/05/1993

Régime: Travailleur non salarié (TNS)

Notre proposition d'assurances adaptée à vos besoins



Vitamin' Pro 3
Niveau 4

53,23 €

par mois



Privilège
P6

59,57 €

par mois



Santé PRO Premium
Niveau 2

68,81 €

par mois

Hospitalisation non spécialisée (secteur conventionné)

Honoraires (DPTAM)	250% *325% <i>3 premiers mois *mois suivants</i>	300 % <i>Bonus fidélité : 315 % 3ème années 330 % années suivantes</i>	580 % BR
Chambre particulière (maladie, chirurgie)	50€/jour *80€/jour <i>3 premiers mois *mois suivants</i>	100 €/jour	85 €/jour <i>dans la limite 30 jours par année d'adhésion</i>

Médecine courante

Médecins (DPTAM)	275%	175 %	220 % BR / *270 % BR <i>Généralistes / *Spécialistes</i>
Pharmacie à 65%	100%	100%	100 % BR
Pharmacie à 30%	100%	100%	100 % BR
Pharmacie à 15%	100%	100%	100 % BR
Cure thermale	100%+300€/an	100 % + 200 €	100 % BR + 570 €/an

Dentaire

Prothèses dentaires remboursées	200% *275% <i>3 premiers mois *mois suivants - Bonus fidélité +25% année 2 +50% années suivantes</i>	300 % <i>Bonus fidélité : 315 % 3ème années 330% années suivantes</i>	370 % BR
Soins et prothèses dentaire 100% Santé	Zéro reste à charge	Zero Reste à Charge	100 % des frais réels
Orthodontie remboursée	200% *275% <i>3 premiers mois *mois suivants</i>	250 % <i>Bonus fidélité : 265 % 3ème années 280% années suivantes</i>	350 % BR
Actes dentaires non remboursés	250€/acte *400€/acte <i>3 premiers mois *mois suivants - 3 actes/an</i>	250 € <i>Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursés par le RO</i>	-

Optique

Monture + 2 verres simples	150€ *200€ <i>3 premiers mois dont monture 50€ *mois suivants dont monture 100€</i>	300 € <i>dont Monture : maximum 100 €</i>	320 €
----------------------------	--	--	-------

Monture + 2 verres complexes	250€ *350€ <i>3 premiers mois dont monture 50€ *mois suivants dont monture 100€</i>	450 € <i>Bonus fidélité : 500€ 3ème années 550€ années suivantes Monture max 100€</i>	535 €
Equipement 100% Santé	Zéro reste à charge	Zero Reste à Charge	100% des frais réels
Lentilles	150€/an *200€/an <i>3 premiers mois *mois suivants</i>	100 % + 110 € *150€ <i>Lentilles remboursées par le RO *Lentilles non remboursées par le RO</i>	100 % BR + 275 €
Prothèses médicales - auditives			
Prothèses auditives hors 100% santé	100%+200€ 100%+350€/oreille <i>3 premiers mois *mois suivants</i>	200 % + 250 €	360 % BR <i>Equipements de Classe II dans la limite de 1 700 €/ oreille sous déduction du remboursement du régime obligatoi</i>
Prévention - Bien-être			
Médecine naturelle	120€/an *160€/an <i>sur 3 1ers mois - 40€/séance - 3 séances/an Sur mois suivants - 40€/séance - 4 séances/an</i>	120 €/an <i>Bonus fidélité : 180€ 3ème années 190€ années suivantes</i>	160€/an <i>40 € / séance (max 4 séances / an</i>
Garanties complémentaires	-	-	-
Services +	-	-	-
Ratios compagnie	-	-	-

Cet extrait des garanties est non contractuel et donné à titre indicatif. Veuillez vous référer aux documents officiels des assureurs telles que plaquettes produits et conditions générales avant toute souscription.

Voir le détail des garanties en pages suivantes.

Taux de redistribution : Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Taux de frais de gestion : Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Tableau de garanties / Vitamin³Pro

Garanties en vigueur au 22 juillet 2021

Les garanties sont dites responsables au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale. Les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

		Niveau responsable		
		3 premiers mois	Mois suivants	
Hospitalisation	Honoraires Médicaux et Chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)	250%	325%	
	Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)	150%	175%	
	Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels	Frais réels	
	Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	
	Forfait journalier Hospitalier	Frais réels	Frais réels	
	Forfait patient urgences	Remboursement intégral	Remboursement intégral	
	Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - <i>Durée illimitée</i>	60 €/jour	80 €/jour	
	Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - <i>Durée limitée à 60 jours par an</i>	40 €/jour	50 €/jour	
	Frais d'accompagnant : <i>Limités à 30 jours par an</i>	15 €/jour	20 €/jour	
	Frais de transport acceptés par le RO**	100%	100%	
	Confort à l'hôpital : <i>Dès la 1re nuit d'hospitalisation (1) - Limité à 20 jours par séjour</i> TV - Internet - Téléphone - Presse	10 €/jour	10 €/jour	
	Forfait hospitalisation à la journée (2)	15 €/jour	20 €/jour	
	Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ? Votre garantie Assistance*** vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...			
	Optique (3)	Equipement 100% Santé(4) - Sans reste à charge	Rbt intégral	
		Equipement 2 verres simples + monture	150€	200€
Equipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture		250€	350€	
Equipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)		200€	275€	
Dont monture(5)		50€	100€	
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - <i>Par an</i>		150€	200€	
Intervention sur l'oeil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires - <i>Par oeil et par an</i>		350€	500€	
Dentaire	Soins et prothèses 100% Santé(4) - Sans reste à charge	Rbt intégral		
	Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	125%	150%	
	Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	200%	275%	
	BONUS FIDÉLITÉ (+25%)	Dès la 2 ^e année	225%	300%
		Dès la 3 ^e année	250%	325%
	Orthodontie remboursée par le RO**	200%	275%	
	Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires			
	<i>Montant par acte</i>	250€	400€	
<i>Nombre d'actes par an</i>	3 actes	3 actes (6)		
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	1re année : 1000€ 2e année : 1200€ 3e et suivantes : 1500€	1re année : 1000€ 2e année : 1200€ 3e et suivantes : 1500€		
Aides auditives(7)	Equipement 100% Santé(4) - Sans reste à charge	Rbt intégral		
	Appareils auditifs(8) - <i>Par oreille</i>	100% + 200 €	100% + 350 €	
	Entretien - Piles - Accessoires - <i>Par an</i>	100% + 30 €	100% + 40 €	
Soins courants	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) :	275%		
	Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)			
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) :	200%		
	Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)			
	Analyses - Examens de laboratoire	275%		
	Honoraires paramédicaux :	275%		
	Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes			
	Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100%		
	Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	200%		
Frais de soins et de séjour à l'étranger	130%			

Bien-être & Prévention

Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Etiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique		
Montant par séance	40 € / séance	40 € / séance
Nombre de séance par an	3 séances	4 séances (6)
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires - Soins - Frais de transport - Hébergement - Par an	100% + 200 € / an	100% + 300 € / an
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO**) : Vaccins prescrits non pris en charge - Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiques (en complément de la Sécurité sociale) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an	100 € / an	150 € / an

Avantages & Services

Téléconsultation médicale	✓
Assistance santé*** vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓
Protection Juridique "Recours Médical"***	✓
Réseaux de soins	✓
Appli mobile : gestion compte adhérents / carte de tiers-payant numérique	✓
Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✓
Eligibilité Madelin	✓
Eligibilité Packs Optionnels	✓

Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

*Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

**RO : Régime Obligatoire

*** Les garanties d'assistance et protection juridique "Recours Médical" portées au contrat sont assurées auprès d'autres assureurs dont les mentions légales sont annexées aux conditions générales de l'offre remises à la souscription. Informations également disponibles sur votre espace adhérent apivia.fr.

(1) Les frais de confort à l'hôpital, sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.

(2) Participation aux frais engagés lors d'une hospitalisation dite à la journée. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait confort hospitalier. Remboursement sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.

(3) Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

(4) Tels que définis réglementairement.

(5) Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

(6) Les séances ou les actes réalisés durant les trois premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances et d'actes par an.

(7) À compter du 1er janvier 2021, prise en charge d'un équipement appareil acoustique limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de la période par assuré correspond à la date de l'équipement.

(8) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire.

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 d'assurance maladie, par Assuré.

HOSPITALISATION

	P6	
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)		
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	
HONORAIRES		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	300 %	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	315 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	200 %	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	200 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	200 %
Chambre particulière (illimité, hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	100 €/jour	
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾	40 €/jour	
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/téléphone, par année d'adhésion et par Assuré) ⁽²⁾	40 €/jour	
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ		
Frais de séjour	100 %	
Forfait journalier hospitalier	100 %	
HONORAIRES		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	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 ⁽⁵⁾	250 %	
Orthodontie remboursée par le RO	250 %	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	265 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	280 %
PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)		
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	300 %	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	315 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	330 %
Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursés par le RO ⁽⁶⁾	250 €	
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁷⁾	2 000 €	

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁸⁾

Depuis le 1^{er} 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	300 €	
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	450 €	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	500 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	550 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €	
Lentilles acceptées par le RO	100 % + 110 €	
Lentilles refusées par le RO	150 €	
Chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire ⁽⁹⁾	300 €	

SOINS COURANTS	P6
MÉDICAMENTS	100 %
Médicaments prescrits et non pris en charge par le RO (par année d'adhésion et par Assuré)	30 €
HONORAIRES MÉDICAUX	
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>	
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	150 %
<u>Actes d'imagerie et actes d'échographie :</u>	
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	150 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	125 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	150 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	150 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	150 %
MATÉRIEL MÉDICAL	
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	200 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	200 %
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %
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 30 € / acte)	120 €
BONUS FIDÉLITÉ	
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	180 €
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	190 €
Cure thermale ⁽¹¹⁾	100 % + 200 €

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾

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	200 % + 250 €
Accessoires et fournitures	100 %

LES + PRÉVENTION ⁽¹³⁾

Ostéodensitométrie, détartrage annuel, actes de dépistage, vaccins	Frais réels dans la limite de 2 actes / an
--	--

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	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), 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 produits de santé pris en charge par l'assurance maladie 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 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.

- 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) ou la durée est limitée à 30 jours.
- Illimité. Hors chambre ambulatoire. Illimité 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
- Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- 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, 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 ou d'un an 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.
- Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire.
- Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.
- Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale et du traitement thermal. Pour les frais de transport et d'hébergement, le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du régime obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.
- 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.
- 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 sont disponibles depuis le 1^{er} janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1^{er} 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 -6 ou +6, 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 1ER 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 et canines)
- Full Zircon et 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



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 depuis le 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, 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

PRIVILÈGE 6

Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	107,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	183,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €

DENTAIRE

PRIVILÈGE 6

Détartrage	DÉPENSE	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	276 €
	RESTE À CHARGE	178,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	247,25 €
	RESTE À CHARGE	216,20 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

PRIVILÈGE 6

Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	102,50 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	300 €
	RESTE À CHARGE	44,91 €

AIDES AUDITIVES

PRIVILÈGE 6

Aides auditives de classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	710 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (Depuis le du 01/01/2021)*	DÉPENSE	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	810 €
	RESTE À CHARGE	426 €

SOINS COURANTS

PRIVILÈGE 6

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	23 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE PRIVILÈGE	18,40 €
	RESTE À CHARGE	22,50 €

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €.

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT...

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmière, intervenant médical
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques
- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé comporte deux services médicaux complémentaires : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Dès la validation de votre contrat santé, vous recevrez un email et un SMS avec votre code d'activation pour créer vos comptes ; vous pourrez bénéficier de ces services dès la prise d'effet de votre contrat.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

Vous pouvez bénéficier d'une assistance par téléphone en appelant le **09 74 59 51 10**



des experts pour éclairer vos décisions de santé

Obtenez un 2ème avis médical en ligne en moins de 7 jours, auprès de médecins experts et reconnus, sur plus de 300 pathologies graves ou invalidantes.

COMMENT ÇA MARCHE ?



Je récupère mon dossier médical et j'accède à mon compte sur deuxièmeavis.fr



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



Sous 7 jours, j'obtiens l'avis rédigé du médecin après analyse de mon dossier

Un service patient est là pour vous accompagner !
Du lundi au vendredi de 10h à 19h : **01 81 80 00 48**

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5^{ème} 06200 Nice - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Assuré par **L'ÉQUITÉ** - SA au capital de 26 469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : NÉOLIANE PRIVILÈGE

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 PRIVILÈGE 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 PRIVILÈGE est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants-droits, après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE PRIVILÈGE 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 PRIVILÈGE 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** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire annuel ;
- ✓ **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, Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), Cure thermale, Matériel médical, Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage, Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;
- ✓ **Prévention** : Ostéodensitométrie, détartrage annuel, actes de dépistage, vaccins.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant, Forfait confort extra hospitalier ;
- **Dentaire** : Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- **Optique** : Lentilles refusées par le Régime Obligatoire, Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire ;
- **Soins courants** : Médicaments prescrits et non pris en charge 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) ;
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE :

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

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 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.

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** : 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 ?

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.

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 non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider principalement en France métropolitaine ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- 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 :

- 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, etc.) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre à l'assureur dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de la souscription.

La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



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 initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1^{er} janvier de chaque année, 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 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 mois :

- par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5ème – 06200 Nice**
- par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année de souscription écoulée, l'adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un 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.

GARANTIES SANTÉ PRO PREMIUM



Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale y compris les remboursements du régime obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion⁽¹⁾. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables».

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
HOSPITALISATION					
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ OU HOSPITALISATION DE JOUR					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % des frais réels dans la limite de 580 % BR			100 % FR
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	200 % BR			
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels			
Frais de séjour⁽⁴⁾		100 % des frais réels			
Chambre particulière (par jour dans la limite 30 jours par année d'adhésion)		70 €	85 €	120 €	135 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour dans la limite 30 jours par année d'adhésion)		50 €	50 €	50 €	50 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100 % BR			
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	100 % BR			
Chambre particulière (par jour dans la limite de 21 jours par année d'adhésion)		70 €	85 €	120 €	135 €
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans (par jour, dans la limite de 21 jours par année d'adhésion)		50 €	50 €	50 €	50 €
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels			
Frais de séjour		100 % BR			
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations ou visites généralistes	Médecins DPTAM ⁽²⁾	170 % BR	220 % BR	320 % BR	420 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux : consultations ou visites spécialistes, radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialités, actes de chirurgie	Médecins DPTAM ⁽²⁾	170 % BR	270 % BR	370 % BR	470 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽³⁾	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux		160 % BR	260 % BR	360 % BR	460 % BR
Analyses et examens de laboratoire		170 % BR	270 % BR	370 % BR	470 % BR
Médicaments pris en charge par le régime obligatoire		100 % BR			
Frais de transport pris en charge par le régime obligatoire		100 % BR			
Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)		20 €	30 €	40 €	50 €
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses non dentaires, appareillage		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR
AIDES AUDITIVES					
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR
À compter du 01/01/2021 (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition) :					
Equipements de Classe I « 100 % Santé »^{(5) (6)}		100 % des frais réels			
Equipements de Classe II « Offre Libre » dans la limite de 1 700 € / oreille sous déduction du remboursement du régime obligatoire⁽⁵⁾		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR
Accessoires et frais d'entretiens		260 % BR	360 % BR	460 % BR	470 % BR

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
DENTAIRE				
Soins	220 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
Inlays / Onlays pris en charge par le régime obligatoire	220 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
Prothèses remboursées par le régime obligatoire « 100 % Santé » (y compris Inlays cores) ^{(6) (7)}	100 % des frais réels			
Autres prothèses remboursées par le régime obligatoire « Offre Modérée » ⁽⁶⁾ et « Offre Libre » (y compris Inlays cores) ⁽⁷⁾	270 % BR	370 % BR	470 % BR	570 % BR
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	120 €	170 €	225 €	275 €
Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	120 €	170 €	225 €	275 €
Implantologie non remboursée (par an / par bénéficiaire)	500 €	700 €	950 €	1100 €
Plafond dentaire (forfait par an et par bénéficiaire hors soins et hors prothèses remboursées par le régime obligatoire « 100 % Santé »)	1 500 € en année 1 et 2 3 000 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR	2 000 € en année 1 et 2 3 500 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR	3000 € en année 1 et 2 4000 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR	3 500 € en année 1 et 2 4 500 € les années suivantes Au-delà : 100 % BR
OPTIQUE				
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le ticket modérateur et la prise en charge du régime obligatoire, non cumulable d'une année sur l'autre.				
ÉQUIPEMENT DE CLASSE A « 100 % SANTÉ » Y COMPRIS PRESTATION D'APPAIRAGE ET D'ADAPTATION DE LA CORRECTION VISUELLE⁽⁸⁾				
Monture + verres ⁽⁶⁾	100% des frais réels			
ÉQUIPEMENT DE CLASSE B « OFFRE LIBRE »⁽⁸⁾				
Monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁹⁾	250 €	320 €	370 €	420 €
Monture + verre simple + verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁹⁾	250 €	325 €	485 €	560 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁹⁾	430 €	535 €	600 €	700 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR			
Équipement mixte (combinaison de verres et montures de Classes A et B)	Se référer aux montants des équipements de la Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de Classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels			
Lentilles prescrites acceptées, refusées, jetables	100 % BR + 225 €	100 % BR + 275 €	100 % BR + 345 €	100 % BR + 395 €
Chirurgie réfractive (par œil, par an et par bénéficiaire)	250 €	400 €	500 €	600 €
MATERNITÉ, PRÉVENTION ET AUTRES SOINS				
Forfait naissance ou adoption ⁽¹⁰⁾	200 €	225 €	250 €	275 €
Cure thermique (par an et par bénéficiaire) Soins pris en charge par le régime obligatoire et frais annexes sur justificatifs (frais d'hébergement et de transport)	100 % BR + 345 €	100 % BR + 570 €	100 % BR + 790 €	100 % BR + 1015 €
Substituts nicotiniques prescrits (par an et par bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	60 €
Moyens contraceptifs prescrits (par an et par bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	60 €
Vaccins prescrits non remboursés (par an et par bénéficiaire)	30 €	40 €	50 €	60 €
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étio-pathe, acupuncteur, psychologue et psychomotricien non pris en charge par le régime obligatoire (par bénéficiaire)	35 € / séance (max 3 séances / an)	40 € / séance (max 4 séances / an)	45 € / séance (max 5 séances / an)	50 € / séance (max 6 séances / an)
Actes de prévention remboursés par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾	100 % BR			
Forfait ostéodensitométrie non remboursée par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	50 €	100 €	150 €	200 €
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR			

(1) Année d'adhésion : 12 mois civils décomptés à partir de la date anniversaire de l'adhésion.

(2) Médecins DPTAM : Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(3) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(4) Les frais de séjour en hospitalisation non conventionnée sont remboursés à hauteur de 80 % des frais réels dans la limite de 280 % BR.

(5) Selon la liste définie par l'arrêté du 14 novembre 2018 sur la prise en charge des aides auditives.

(6) Remboursement limité au prix limite de vente ou aux honoraires limites de facturation.

(7) Selon la liste définie par la convention dentaire du 21 juin 2018.

(8) Selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.

(9) Se référer à la grille optique figurant ci-dessous et sur la notice valant conditions générales.

(10) Forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiples.

(11) Les actes de prévention pris en charge par le régime obligatoire sont les actes tel que le scellement de sillons, le détartrage annuel sus et sous-gingival, ou encore la vaccination comme le DTP.

Une surcomplémentaire pour de meilleurs remboursements



La Surcomplémentaire PRO Premium, vous permet de bénéficier d'une prise en charge optimale pour vos dépassements d'honoraires et vos dépenses en optique.

LA SURCOMPLÉMENTAIRE POUR ENCORE PLUS DE PROTECTION

Surcomplémentaire PRO Premium est un contrat composé de 4 renforts qui viennent compléter les remboursements de Santé PRO Premium :

SOCLE RESPONSABLE
Deductible Madelin



SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE
Non déductible Madelin



GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRE PRO PREMIUM

IMPORTANT

Le contrat Surcomplémentaire PRO Premium est un contrat non responsable.

Les cotisations d'assurance versées au titre de Surcomplémentaire PRO Premium ne sont pas déductibles au titre de la loi Madelin.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. Les remboursements sont toujours effectués en complément du remboursement du régime obligatoire et des remboursements de Santé PRO Premium dans la limite de la garantie souscrite et de la dépense réelle.

		RENFORT 1	RENFORT 2	RENFORT 3	RENFORT 4
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ					
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ OU HOSPITALISATION DE JOUR					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	+ 350 % BR	+ 350 % BR	+ 400 % BR	+ 400 % BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations ou visites généralistes	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 120 % BR	+ 220 % BR
Honoraires médicaux : consultations ou visites spécialistes, radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialités, actes de chirurgie	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	+ 20 % BR	+ 70 % BR	+ 170 % BR	+ 270 % BR
OPTIQUE					
ÉQUIPEMENTS DE CLASSE B « OFFRE LIBRE »					
Monture + verres (toutes catégories) ⁽²⁾		+ 70 €	+ 70 €	+ 70 €	+ 70 €
Chirurgie réfractive (par oeil, par an, et par bénéficiaire)		+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €

(1) Médecins NON DPTAM : Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Se référer à la grille optique figurant page 8 et sur les conditions générales.