

TABLEAU DES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans inclus

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement de la Sécurité Sociale et sont exprimés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Sauf mention explicite contraire, les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité Sociale, par Assuré.

PRODUIT SANTÉ NON RESPONSABLE

HOSPITALISATION

Des limitations sont appliquées en cas d'accident ou de maladie ⁽¹⁾

SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)

	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾ <i>Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100 %	120 %	140 %	165 %	190 %	215 %
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (à la suite d'une hospitalisation) ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES - <i>Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	140 %	165 %	190 %	215 %
BONUS FIDÉLITÉ						
À compter de la 2^e année d'adhésion	120 %	140 %	160 %	185 %	210 %	235 %
À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes	140 %	160 %	180 %	205 %	230 %	255 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	120 %	145 %	170 %	195 %
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



Bénéficiez d'une assistance en cas d'hospitalisation programmée ou imprévue de plus de 3 jours, ou lors d'une immobilisation imprévue et immédiate.

→ Aide à domicile, présence d'un proche, prise en charge des animaux domestiques, livraisons des médicaments.

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux dispositions générales d'assistance.

- (1) À compter de la prise d'effet du contrat, les garanties frais de séjour et honoraires du secteur conventionné du poste hospitalisation et les garanties prothèses dentaires, inlay-core, implantologie et orthodontie du poste dentaire seront remboursées à hauteur du Ticket modérateur durant les trois (3) premiers mois d'adhésion.
- (2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Par contre, le forfait journalier hospitalier ne prend pas en charge les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées, les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale ») et la thalassothérapie.
- (3) Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée de dix (10) jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, soixante (60) jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par la Sécurité Sociale. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de la Sécurité Sociale.
- (5) Participation forfaitaire à la charge de l'Assuré (en remplacement du ticket modérateur habituel) appliquée pour certains actes médicaux pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par la Sécurité Sociale pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est la raison pour laquelle cette participation forfaitaire est également qualifiée de forfait actes lourds. Le montant de ce forfait est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

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

	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Équipements 100% Santé**	Non éligible à la réforme 100% Santé Aucune prise en charge					
SOINS						
Soins dentaires, inlays-onlays et parodontologie remboursés par le RO ⁽⁶⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Orthodontie remboursée par le RO <i>Limitée à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2^e année d'adhésion	125 %	175 %	200 %	225 %	275 %
	À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES						
Prothèses dentaires, inlay-core et implantologie remboursés par le RO <i>Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2^e année d'adhésion	125 %	175 %	200 %	225 %	275 %
	À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁷⁾	Illimité	800 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €

(6) 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.
(7) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
****Tels que définis réglementairement.** Dans le cadre d'un contrat responsable, 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.

	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Équipements 100% Santé**	Non éligible à la réforme 100% Santé Aucune prise en charge					
MONTURE ET VERRES***						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	100 %	100 %	125 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	100 %	100 %	200 €	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) ⁽⁹⁾	100 %	100 %	100 %	50 €	75 €	75 €

(8) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux (2) ans pour les plus de seize (16) ans, tous les ans chez les moins de seize (16) ans et tous les six (6) mois pour les moins de six (6) ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six (6) mois pour les enfants jusqu'à six (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 (2) ans, d'un (1) an ou de six (6) 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. Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur et le remboursement des montures est plafonné à 100€.
(9) Pour les formules EN1, EN2 et EN3, seules les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules EN4, EN5 et EN6, 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 la Sécurité Sociale.
****Tels que définis réglementairement.** Dans le cadre d'un contrat responsable, 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.
***** 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.

	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Équipements 100% Santé**	Non éligible à la réforme 100% Santé Aucune prise en charge					
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

(10) 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 (4) ans.
****Tels que définis réglementairement.** Dans le cadre d'un contrat responsable, 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.

MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES MÉDICAUX						
<i>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</i>						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100%	105%	105 %	105 %	105 %
<i>Actes d'imagerie et actes d'échographie :</i>						
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 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2^e année d'adhésion	-	-	-	125 %	125 %
	À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes	125 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

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

PACK BIEN-ÊTRE (OPTIONNEL)

Forfait Chambre particulière ⁽¹¹⁾	45 € / jour
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étiothérapie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue)	20 € / séance, limité à 3 séances / an

PACK BIEN-ÊTRE + (OPTIONNEL)

Forfait Chambre particulière ⁽¹¹⁾	60 € / jour
Forfait frais accompagnant (TV, lit, repas) ⁽¹¹⁾	15 € / jour
Forfait pharmacie non remboursée par le RO	30 € / an
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étiothérapie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue)	25 € / séance, limité à 3 séances / an
Cure thermale ⁽¹²⁾	100 % + forfait de 100 € / an
Forfait prothèses orthopédiques	75 € / an
Forfait prothèses auditives de la Classe B - Panier Libre	150 € / an

(11) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à trente (30) jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR). 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.

(12) 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.

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

L'Assureur des garanties santé est PREPAR-IARD.

À l'exclusion des forfaits optique (monture + verres) et aides auditives, tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en euros.

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité Sociale et le secteur conventionné.

Produit co-conçu et co-distribué par **GRUPE SANTIANE HOLDING** - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NEOLIANE 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 - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **PREPAR-IARD** - Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92800 PUTEAUX - SA au capital de 800 000 € - RCS Nanterre 343 158 036 - N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 - Entreprise régie par le Code des Assurances - Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE - SIRET 493 455 042).

Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex - SA au capital de 4 100 000 € - RCS Nanterre 433 012 689 - Entreprise régie par le Code des Assurances - N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

Sociétés soumises au contrôle de IACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

UN SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION

INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé vous donne accès dès sa prise d'effet à un service de téléconsultation : **MaQuestionMedicale**.

Cette plateforme, **accessible 7/7 de 8h à 23h** vous met en relation avec un **médecin généraliste** en quelques clics.

Dès votre inscription, la **visioconférence est immédiatement disponible** et vous pouvez également **prendre rendez-vous**.

Profitez d'une **prise en charge totale sans avance de frais*** : vous êtes directement reconnus grâce à votre numéro de sécurité sociale !

Besoin d'une **assistance** ? Une équipe dédiée se tient à votre disposition au **05 68 14 03 67**.



➤ COMMENT VOUS INSCRIRE ?



OU



Sur la plateforme
MaQuestionMedicale

Via l'application mobile
MaQuestionMedicale

Renseignez vos **informations personnelles** puis complétez votre profil en ajoutant votre **centre de sécurité sociale** et en sélectionnant **Néoliane** comme centre de mutuelle.

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?

Accédez directement à une **nouvelle téléconsultation** en remplissant le motif de votre demande. Vous serez rapidement mis en relation avec un **médecin de garde de votre région** qui vous **transmettra électroniquement tous les documents nécessaires** (ordonnance, compte rendu, feuille de soins, etc.).

** Sous réserve que les honoraires médicaux soient pris en charge par votre contrat santé*

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 01/01/2025.

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 la Sécurité Sociale).

HOSPITALISATION

Durant les trois premiers mois d'adhésion* suivant la date d'effet du contrat, les garanties frais de séjour et les honoraires sont remboursés à hauteur du Ticket Modérateur.

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)						FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Dépense	NC						20 €					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Énergik	0 €						20 €					
Reste à charge	Selon dépense engagée						0 €					

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
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.						
Dépense	835,60 €					
Remboursement du RO	811,60 €					
Remboursement Énergik	24 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
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)					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Dépense	355 €						447 €					
Remboursement du RO	271,70 €						271,70 €					
Remboursement Énergik	0€	54,34 €	83,30 €				0 €	54,34 €	122,27 €	175,30 €		
Reste à charge	83,30 €	28,96 €	0 €				175,30 €	120,96 €	53,03 €	0 €		
*Durant les 3 premiers mois d'adhésion	Remboursement Énergik : 0€						Remboursement Énergik : 0€					
	Reste à charge : 83,30€						Reste à charge : 175,30€					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
271,70 €

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
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.						
Dépense	3 541 €					
Remboursement du RO	2 832,80 €					
Remboursement Énergik	708,20 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
3 541 €

DENTAIRE

Durant les trois premiers mois d'adhésion* suivant la date d'effet du contrat, les garanties orthodontie, prothèses dentaires, Inlay-Core et implantologie sont remboursées à hauteur du Ticket Modérateur.

	POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé						DÉTARTRAGE Soins					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Dépense	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						43,38 €					
Remboursement du RO							26,03 €					
Remboursement Énergik							17,35 €					
Reste à charge							0 €					
Base de remboursement de la Sécurité Sociale :												
43,38 €												

	COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES Prothèses						TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Dépense	554 €						720 €					
Remboursement du RO	72 €						193,50 €					
Remboursement Énergik	48 €	108 €	138 €	168 €	198 €	228 €	0 €	96,75 €	145,13 €	193,50 €	241,88 €	290,25 €
Reste à charge	434 €	374 €	344 €	314 €	284 €	254 €	526,50 €	429,75 €	381,37 €	333 €	284,62 €	236,25 €
*Durant les 3 premiers mois d'adhésion	Remboursement Énergik : 48€						Remboursement Énergik : 0€					
Reste à charge : 434€						Reste à charge : 526,50€						
Base de remboursement de la Sécurité Sociale :												
120 €						193,50 €						

OPTIQUE

	VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé						VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements 100% santé					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Dépense	41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)						90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)					
Remboursement du RO	Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé						Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé					
Remboursement Énergik												
Reste à charge												

	VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements						VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements										
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6					
Dépense	100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)						231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)										
Remboursement du RO	0,09 €						0,09 €										
Remboursement Énergik	0,06 €		124,91 €		149,91 €		174,91 €		0,06 €		199,91 €		224,91 €		249,91 €		
Reste à charge	338,85 €		214 €		189 €		164 €		600,85 €		401 €		376 €		351 €		
Base de remboursement de la Sécurité Sociale :																	
0,05 € par verre + 0,05 €																	

	FORFAIT ANNUEL LENTILLES Non remboursées par la Sécurité Sociale						OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive					
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6	EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Dépense	NC						NC					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Énergik	0 €		50 €		75 €		0 €					
Reste à charge	Selon dépense engagée						Selon dépense engagée					

AIDES AUDITIVES

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Énergik
Reste à charge

PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
Ce produit ne contient pas d'offre 100% santé					

PAR OREILLE Pour un patient de plus de 20 ans Équipements					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
1 476 €					
240 €					
160 €				260 €	
1 076 €				976 €	

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
400 € par oreille pour un patient de plus de 20 ans

SOINS COURANTS

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Énergik
Reste à charge

CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
30 €					
19 €					
9 €					
2 €					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
30 €

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
35 €					
24,50 €					
10,50 €					
0 €					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
35 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Énergik
Reste à charge

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
37 €					
23,90 €					
11,10 €					
2 €					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
37 €

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
50 €					
24,50 €					
10,50 €	19,25 €		25,55 €		
15 €	6,25 €		0 €		

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
35 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Énergik
Reste à charge

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
54 €					
23,90 €					
11,10 €	20,35 €		28,10 €		
19 €	9,75 €		2 €		

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
37 €

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
55 €					
16,10 €					
6,90 €		8,05 €			
32 €		30,85 €			

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
23 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Énergik
Reste à charge

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)					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
57 €					
14,10 €					
6,90 €		8,05 €			
36 €		34,85 €			

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
23 €

ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical					
EN 1	EN 2	EN 3	EN 4	EN 5	EN 6
25,80 €					
14,64 €					
9,76 €					
1,40 €					

Base de remboursement de la Sécurité Sociale :
24,40 €

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu et co-distribué par **GRUPE 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.orias.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 (www.orias.fr). Produit assuré et co-conçu par **PREPAR-IARD** - Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92800 PUTEAUX - SA au capital de 800 000 € - RCS Nanterre 343 158 036 - Entreprise régie par le Code des assurances - Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNQ (BPCE - SIRET 493 455 042) - LEI : 9695008UHMH3007T1B62.

Produit : **NÉOLIANE ÉNERGIK**

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 ÉNERGIK 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 ÉNERGIK est un produit d'Assurance Complémentaire Santé « NON RESPONSABLE », il ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux prévu aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Ce produit est cependant « solidaire », car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend de l'état de santé de l'Assuré. 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 droit, après l'intervention de la Sécurité Sociale et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.



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, Forfait actes lourds ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par la Sécurité Sociale, Plafond dentaire ;
- ✓ **Optique** : Monture et verres, Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses auditives.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant.
- **Soins courants** : Médecines naturelles (ostéopathie, chiropractie, homéopathie, acupuncteur, naturopathe, étioopathie, diététicien, kinesithérapie, podologue), Pharmacie non remboursée par la Sécurité Sociale, Cure thermale.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'Accident ou de Maladie entraînant une Hospitalisation ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'Accident ou de Maladie entraînant une Hospitalisation ;
- ✓ **Soutien psychologique** : en cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
- ✓ **Avance des frais d'inhumation** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

« 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 cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale ») ou la thalassothérapie ;
- ✗ Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Forfait journalier hospitalier** : ne sont pas pris en charge les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées, ... ;
- ! **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 60 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ;
- ! **Frais de séjour et Honoraires** : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les 3 premiers mois d'adhésion ;
- ! **Chambre particulière et Frais accompagnant** : non couverts au-delà d'une durée maximum de 30 jours par an et par Assuré. Non pris en charge dans les services ou établissements suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ! **Orthodontie, Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie, Plafond dentaire** : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les 3 premiers mois d'adhésion. **Plafond dentaire selon la formule souscrite** ;
- ! **Optique** : 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 ;
- ! **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 (3) mois, si le Régime Obligatoire français 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 la souscription du contrat :

- 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 jusqu'à 89 ans inclus 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 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) ;
- régler la cotisation prévue à l'échéancier.

Pour le versement de la prestation :

- faire parvenir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de 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, 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 :

- en cas de résiliation quel qu'en soit le motif ou la Partie à l'origine ;
- en cas de décès de l'Adhérent ;
- dans les conditions prévues au contrat ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut notamment résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à vingt-quatre (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 :
Néoliane 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**, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la faculté de résilier son adhésion, 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.