



Néoliane OPTIMA

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 85 ans inclus

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

HOSPITALISATION (1)	OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
SECTEUR CONVENTIONNÉ					
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) (3)	100%	130 %	150 %	175 %	200%
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) (3)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	130 %	150 %	175 %	200 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	115 %	130 %	150 %	180 %
Chambre particulière (4) (hors ambulatoire)	-	40 € / jour	45 € / jour	50 € / jour	55 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	45 € / jour	50 € / jour	55 € / jour
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	-	50 € / jour	55 € / jour	60 € / jour
Lit accompagnant (4)	-	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	-	-	5 € / jour	5 € / jour
	Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) (5)	100 %	100 %	100 %	100 %
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ					
Forfait journalier hospitalier (2)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour (y compris maternité) (3)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Soins autres que 100% Santé					
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (6)	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	125 %	150 %	175 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses autres que 100% Santé - (panier à honoraires maîtrisés ou libres)					
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	125 %	150 %	175 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	150 %	175 %	200 %
Plafond dentaire (hors soins) (7)	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité

100% SANTÉ OPTIQUE (8)

Depuis le 1er 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 (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :					
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	100 €	125 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	150 €	200 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées par le RO (par an) (y compris lentilles jetables) (9)	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux					
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %

SOINS COURANTS

	OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Actes d'imagerie et actes d'échographie :					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical					
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

AIDES AUDITIVES (Renouvellement tous les 4 ans) ⁽¹⁰⁾

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**				
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

À partir du 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé

SERVICES

Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
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 de votre contrat santé

L'assureur des garanties est QUATREM.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros. (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants (art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 24 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement.

Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.

(2) 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) où la durée est limitée à 30 jours. Par contre, le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), n'est pas pris en charge.

(3) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'AS & F) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 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), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.

(5) 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.

SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(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, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(8) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures est plafonné à 100€ depuis le 1er janvier 2020. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

(9) Pour les formules OPTIMA 1 et OPTIMA 2, les lentilles refusées par le Régime Obligatoire ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire. Au-delà du forfait, les lentilles sont remboursées au ticket modérateur.

(10) Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans.

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

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et entreront en vigueur au 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

***Verre simple : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.




Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.





Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

1er janvier 2020

1er janvier 2021

-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier optique ⁽¹⁾**
-  **Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire ⁽²⁾ (prothèses fixes uniquement)**
-  **Une baisse du reste à charge moyen de 250 € par aide auditive**

-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier dentaire ⁽²⁾**
-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier aides auditives ⁽³⁾**

ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES
ou

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives et canines)
- Full Zircon et métalliques (pour toutes les dents)

Prothèses amovibles à base de résine (à partir du 01/01/2021)

3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :
Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :
système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie \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 métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).



HOSPITALISATION

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	24,00 €	105,51 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €	1,79 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	24,00 €	64,76 €	105,51 €	159,85 €	183,30 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €	118,55 €	77,79 €	23,45 €	0 €

DENTAIRE

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Détartrage	DÉPENSE	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	36 €	36 €	66 €	96 €	156 €
	RESTE À CHARGE	418,70 €	418,70 €	388,70 €	358,70 €	298,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	32,25 €	32,25 €	59,13 €	86 €	139,75 €
	RESTE À CHARGE	431,20 €	431,20 €	404,33 €	377,45 €	323,70 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	0,06 €	100 €	125 €	150 €	175 €
	RESTE À CHARGE	344,85 €	244,91 €	219,91 €	194,91 €	169,91 €

AIDES AUDITIVES

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille (Jusqu'au 31/12/2020)*	DÉPENSE	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €	1476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €	210 €	210 €	210 €	210 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	140 €	140 €	140 €	140 €	227,50 €
	RESTE À CHARGE	1126 €	1126 €	1126 €	1126 €	1038,50 €
Aides auditives de classe II par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1178 €	1178 €	1178 €	1178 €	1178 €
	REMBOURSEMENT DU RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	160 €	160 €	160 €	160 €	260 €
	RESTE À CHARGE	778 €	778 €	778 €	778 €	678 €

SOINS COURANTS

		OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	9 €	9 €	9 €	9 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	15 €	15 €	15 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE OPTIMA	6,90 €	6,90 €	6,90 €	6,90 €	24,15 €
	RESTE À CHARGE	34 €	34 €	34 €	34 €	16,75 €

* 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 €. Dès le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives passera à 400 €.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par **NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE**, 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice – 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). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit assuré par **QUATREM** - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris. Société du groupe Malakoff Humanis.

Produit : **NÉOLIANE OPTIMA**

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 OPTIMA 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 OPTIMA est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NÉOLIANE OPTIMA est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Le produit NÉOLIANE OPTIMA est conforme au dispositif «100% Santé» qui permet à l'assuré de bénéficier, depuis le 1er janvier 2020 d'un zéro reste à charge sur le panier optique et une partie du panier dentaire et à partir du 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.



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 PRÉVUS :

Hospitalisation :

- Secteur conventionné : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire ;
- Secteur non conventionné ;

Dentaire : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;

Optique : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles de contact remboursées par le RO - Régime Obligatoire ;

Soins courants : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;

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

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation : Chambre particulière, Lit accompagnant.

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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- Assistance en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation imprévue, d'hospitalisation imprévue, de chimio/radiothérapie, ou de décès. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances et définies aux conditions générales d'assistance.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les indemnités complémentaires à la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical »).
- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.

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.

! 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), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière et lit accompagnant** : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. ;

! **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), les établissements médico-sociaux (MAS) et les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;

! **Aides auditives** : À compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine
- ✓ À l'étranger, en cas d'accident ou de maladie inopinée :
 - aux assurés se déplaçant en dehors du territoire français pour une durée de moins de 3 mois et dans la limite de 6 mois par année civile,
 - aux assurés en déplacement à raison de leur activité professionnelle dans le cadre d'un détachement,
 - les frais engagés d'une manière occasionnelle sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité Sociale.

NB : Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, Monaco et Andorre) et en outre-mer. Pour plus de détails, se référer aux conditions générales d'assistance.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation prévue au contrat,
- Être âgés à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 85 ans inclus maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance,
- Résider en France métropolitaine.

En cours de contrat :

- Informer les services de l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de régime de Sécurité sociale,
- Régler les cotisations prévues au contrat.

Pour le versement des prestations

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous 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 à la souscription. La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, semestrielle, trimestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début du contrat : La couverture prend effet à la date choisie par l'assuré et mentionnée dans le certificat d'adhésion, au plus tôt le 3ème jour qui suit la réception de la demande d'adhésion complète.

Durée du contrat : Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction.

Droit de renonciation au contrat : L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus, qui commence à courir soit à partir 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.

Fin du contrat : La couverture de l'assuré prend fin :

- à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- au décès de l'Adhérent,
- à la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit son adhésion, à chaque échéance de contrat, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance, par écrit simple ou en main propre à l'adresse postale suivante : Néoliane Santé ; 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza, 06200 Nice ou soit sur le site internet à l'adresse suivante : www.neoliane.fr/service-client puis dirigez-vous vers la rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter».

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.