

LES GARANTIES

	HOSPI 1	HOSPI 2	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
HOSPITALISATION (1)					
Frais de séjour (2) - Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* - Limitées à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	300%	400%	100%	300%	400%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (3) - Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion	75€ / jour	90€ / jour	45€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Lit accompagnant enfant et adulte - Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
SOINS COURANTS (4)					
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* Dans la limite de 6 consultations/an/bénéficiaire	-	-	100%	150%	250%
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée à 15%, 30% et 65% par le R.O	-	-	100%	100%	100%
DENTAIRE					
⚠ Néoliane Sant€co ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.					
OPTIQUE					
⚠ Néoliane Sant€co ne prend pas en charge le remboursement des frais d'optique.					
GARANTIES DE PRÉVOYANCE					
Capital Maladies redoutées (5)	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation (accident, maladie ou maternité) (6)	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour
SERVICES					
Assistance incluse - IMA (aide à domicile, livraison de médicaments, soutien psychologique...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tiers payant - Viamedis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

L'Assureur des garanties santé et prévoyance est MUTUELLE BLEUE.

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 Euro. 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) Un délai de carence de 3 mois est établi sur le poste d'hospitalisation, sauf en cas d'accident. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du Ticket modérateur et le forfait de chambre particulière et le forfait lit accompagnant seront nuls. Un délai de carence de 12 mois est établi pour les frais engagés dans

un Centre de convalescence.

(2) Les frais de séjour sont limités à 400% BR en hospitalisation non conventionnée.

(3) La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de 90 jours, par an et par bénéficiaire pour toutes les formules.

(4) Le remboursement des consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste est limité à six (6) consultations par année civile et par bénéficiaire.

(5) Un délai de carence de 10 mois est établi pour la garantie "Maladies redoutées" et cette garantie prend fin au 31 décembre des 75 ans de l'Adhérent.

(6) La garantie « Indemnités Journalières Hospitalières Toutes Causes » prend fin au 31 décembre des 65 ans de l'Assuré.

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites de la Notice d'information, elles ne sauraient s'y substituer.

Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, RO = Régime Obligatoire (Sécurité Sociale), TM = Ticket Modérateur, OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

ZOOM SUR LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE



MALADIES REDOUTÉES

- Les maladies redoutées garanties sont :
- Cancer, infarctus du myocarde, AVC non traumatique, insuffisance rénale terminale, transplantation d'un organe vital, Parkinson, sclérose en plaque, Alzheimer.
- Si la survenance d'une maladie redoutée intervient pendant la période d'adhésion, 100% du capital est versé à l'assuré.
- Le déclenchement de la garantie Maladies redoutées met fin à cette garantie. Le bénéfice de la prestation est limité à 75 ans inclus.



INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION

- Indemnisation à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation consécutive à un accident sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à 24 heures consécutives et dans la limite de 90 jours.
- Indemnisation à partir du 1^{er} jour en cas d'hospitalisation due à une maladie ou à la maternité sous réserve que la durée de l'hospitalisation soit supérieure ou égale à 48 heures consécutives et dans la limite de 90 jours.
- Le bénéfice de la prestation est limité à 65 ans inclus.