



Plénitude

TABLEAU DES GARANTIES

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, par assuré.

L'Équité



Option
ÉCO

Dès la formule P2, choisissez l'option Éco⁽¹⁵⁾ et bénéficiez de -8% en excluant les garanties suivantes :

chambre particulière, frais accompagnant, forfait confort extra hospitalier, forfait lentilles, médicaments non remboursés, médecines complémentaires et cure thermique

- 8%
sur la cotisation

HOSPITALISATION

P5

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 au DPTAM*	265 %
---	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes

280 %

Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au DPTAM*	200 %
---	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes

200 %

Chambre particulière (illimité, hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	75 €/jour
--	-----------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3^e année d'adhésion et suivantes

85 €/jour

Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾	35 €/jour
--	-----------

Forfait confort extra hospitalier ⁽²⁾	35 €/jour
--	-----------

Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %
-----------------------------------	-------

Forfait patient urgences	Frais réels
--------------------------	-------------

Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	Frais réels
-------------------------------------	-------------

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 ⁽⁶⁾

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 dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁷⁾	200 %
--	-------

Orthodontie remboursée par le RO	200 %
----------------------------------	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3^e année d'adhésion

215 %

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

230 %

PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)**

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	275 %
---	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3^e année d'adhésion

290 %

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

305 %

Implantologie, Parodontologie, Orthodontie adulte, Prothèses non remboursées par le RO ⁽⁸⁾	200 €
---	-------

Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁹⁾	1 800 €
---	---------

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽¹⁰⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**

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

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

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	225 €
--	-------

Équipement avec des verres complexes ou très complexes	325 €
--	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3^e année d'adhésion

375 €

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

425 €

↳ Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €
--	-------

Lentilles acceptées par le RO	100 % + 90 €
-------------------------------	-----------------

Lentilles refusées par le RO	125 €
------------------------------	-------

Chirurgie réfractive, Traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), Implant oculaire ⁽¹¹⁾	250 €
--	-------

Garanties
exclues si
Option
ÉCO

Forfait
exclu si
Option
ÉCO

SOINS COURANTS

P5

Forfait exclu si

Option ÉCO

MÉDICAMENTS

Médicaments prescrits et non pris en charge par le RO (par année d'adhésion et par assuré)

100 %

20 €

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :

Médecins adhérents au DPTAM* ⁽¹²⁾

175 %

Médecins non adhérents au DPTAM* ⁽¹²⁾

150 %

Actes d'imagerie et actes d'échographie :

Médecins adhérents au DPTAM*

100 %

Médecins non adhérents au DPTAM*

100 %

Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents au DPTAM*

100 %

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100 %

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

100 %

MATÉRIEL MÉDICAL

Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)

100 %

Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage

100 %

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française

100 %

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioptathe, 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)

90 €

BONUS FIDÉLITÉ

À compter de la 3^e année d'adhésion

140 €

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

150 €

Cure thermique ⁽¹³⁾

100 %
+ 150 €

PSYCHOLOGIE

Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le RO

100 %

100% SANTÉ

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾

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

150 % + 200 €

Accessoires et fournitures

100 %

LES + PRÉVENTION

Actes de prévention : Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires

100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)

Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé

Téléconsultation

Service inclus et disponible dès la prise d'effet de votre contrat

Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, etc.)

Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

A l'exclusion du forfait optique (monture + verres), 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 (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend, notamment, pas en charge la majoration de participation pour les Assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ainsi que les franchises médicales et participations forfaitaires laissées à la charge de l'Assuré en application de l'article L160-13 du code de la Sécurité Sociale. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données 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) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé. Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge lorsqu'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), à l'exclusion des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD).

(2) Illimité. Hors chambre ambulatoire Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, psychiatrie et assimilé, 30 jours en rééducation fonctionnelle (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), 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.

(3) Les frais d'accompagnement 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.

(4) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(5) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

(6) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par l'Assureur.

(7) 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.

(8) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.

(9) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(10) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les 2 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 ; et tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

(11) Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire.

(12) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.

(13) 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.

(14) Les prothèses auditives de classe 1 appartenant au panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier «Libre» sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus). Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

(15) Lorsque cette option est souscrite, les postes chambre particulière, frais d'accompagnement, forfait confort extra hospitalier, forfait lentilles, médicaments non remboursés, médecines complémentaires et cure thermique ne sont pas pris en charge.

*DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie 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. Tels que définis réglementairement, les prothèses dentaires relevant du panier «100% Santé» font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation et les équipements et prothèses relevant des paniers «Maîtrisés et «Libre» sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier «Maîtrisés»).

*** 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 d'un verre multifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

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



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

DEPUIS LE 1^{ER} 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 zircones (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives)
- Métalliques pour toutes les dents

Prothèses amovibles à base de résine



3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

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

Au moins 3 des options techniques suivantes :

système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

HOSPITALISATION

Si l'option Éco est souscrite*, les garanties chambre particulière, frais accompagnant et forfait confort extra hospitalier ne sont pas prises en charge.

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)						FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	NC						20 €					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Plénitude	0 €	30 €	50 €	60 €	75 €	90 €	20 €					
Reste à charge	Selon dépense engagée						0 €					
*Si option Éco souscrite	Remboursement Plénitude : 0 €											
	Reste à charge : Selon dépense engagée											

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ Séjours avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	835,60 €					
Remboursement du RO	811,60 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	24 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
835,60€ (dont 24 € de participation forfaitaire, pour toute opération d'au moins 120 €)

	OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien - Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO						OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	355 €						447 €					
Remboursement du RO	271,70 €						271,70 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	40,76 €	83,30 €					0 €	40,76 €	108,68 €	175,30 €		
Reste à charge	42,54 €	0 €					175,30 €	134,54 €	66,62 €	0 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
271,70 €

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC Séjours sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense	3 541 €					
Remboursement du RO	2 832,80 €					
Remboursement Néoliane Plénitude	708,20 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE

[illegible]

OPTIQUE

Si l'option Éco est souscrite*, la garantie forfait lentilles n'est pas prise en charge.

Dépense

Remboursement du RO

Remboursement Néoliane Plénitude

Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE

Équipements 100% santé

P1

P2

P3

P4

P5

P6

41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)

20,70 €

91,30 €

0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :

12,75 € par verre + 9 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE

Équipements 100% santé

P1

P2

P3

P4

P5

P6

90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)

30,37 €

172,20 €

0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :

27 € par verre + 9 €

Dépense

Remboursement du RO

Remboursement Néoliane Plénitude

Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE

Équipements (hors 100% santé)

P1

P2

P3

P4

P5

P6

100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)

0,09 €

0,06 €

124,91 €

174,91 €

224,91 €

274,91 €

338,85 €

214 €

164 €

114 €

64 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :

0,05 € par verre + 0,05 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE

Équipements (hors 100% santé)

P1

P2

P3

P4

P5

P6

231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)

0,09 €

0,06 €

199,91 €

224,91 €

274,91 €

324,91 €

399,91 €

600,85 €

401 €

376 €


326 €

276 €

201 €


Base de remboursement du Régime Obligatoire :

0,05 € par verre + 0,05 €

	FORFAIT ANNUEL Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire					
Dépense	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Remboursement du RO	NC					
Remboursement Néoliane Plénitude	0 €					
Reste à charge	0 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
	Selon dépense engagée					
*Si option Éco souscrite	Remboursement Plénitude : 0 €					
	Reste à charge : Selon dépense engagée					

OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive						
P1	P2	P3	P4	P5	P6	
NC						
0 €						
0 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
Selon dépense engagée						


AIDES AUDITIVES

<div></div>	PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé						PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Dépense						1 476 €					
	Remboursement du RO						240 €					
	Remboursement Plénitude						160 €	260 €	360 €	460 €	560 €	810 €
Reste à charge						0 €	1 076 € 976 € 876 € 776 € 676 € 426 €					

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


SOINS COURANTS

Si l'option Éco est souscrite*, les garanties médicaments non remboursés, médecines complémentaires et cure thermique ne sont pas prises en charge.

<div></div>	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Dépense						35 €					
	Remboursement du RO						24,50 €					
	Remboursement Plénitude						10,50 €					
Reste à charge						2 €	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
30 €


Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans - Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Dépense						50 €					
	Remboursement du RO						24,50 €					
	Remboursement Plénitude						25,50 €					
Reste à charge						0 €						

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans - Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO					
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Dépense						50 €					
Remboursement du RO						24,50 €					
Remboursement Plénitude						10,50 €	19,25 €	25,50 €			
Reste à charge						15 €	6,25 €	0 €			


Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

<div></div>	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Dépense						55 €					
	Remboursement du RO						16,10 €					
	Remboursement Plénitude						11,10 €	20,35 €	28,10 €			
Reste à charge						19 €	32 €	9,75 €	26,25 €	20,50 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)						ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
	Dépense						25,80 €					
	Remboursement du RO						14,64 €					
	Remboursement Plénitude						9,76 €					
Reste à charge						1,40 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
24,40 €

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr). Assuré et co-conçu par **L'ÉQUITÉ** – Société anonyme au capital de 69 213 760 euros – Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS – Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d'identifiant unique ADEME FR232327_01NBYI - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NÉOLIANE PLÉNITUDE**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE PLÉNITUDE 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 PLÉNITUDE 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 PLÉNITUDE 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 PLÉNITUDE 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, Forfait patient urgences, Forfait actes lourds ;
- ✓ **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** : Equipements 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 thermique, 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, Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;
- ✓ **Prévention** : Toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires.

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.
- **Option Éco** : permet de supprimer les garanties Chambre particulière, Frais accompagnant, Forfait confort extra hospitalier, Forfait lentilles, Médicaments non remboursés, Médecines complémentaires et Cure thermique du contrat.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Accompagnement psychologique** : en cas d'événements 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 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 médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD).

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 ;
- ! Forfait journalier hospitalier non pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Lit 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 ;
- ! **Frais de séjour** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- ! **Optique** : 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 et tous les 6 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 ;
- ! **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(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, 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, 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 :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Être résidentes en France métropolitaine (y compris en Corse) ;
- 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 tous les documents justificatifs demandés par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de contrat

- Informer l'Assureur des événements suivants, dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'Ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre

- 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 deux (2) ans suivant la date de la prestation.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement.



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 d'un an à compter de sa prise d'effet et se reconduit tacitement, chaque année, à sa date d'anniversaire, sauf en cas de résiliation. L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (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 quelle qu'en soit le motif et quel que soit la partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de France métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à la date anniversaire de son adhésion moyennant un préavis de deux (2) mois. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressée au siège social : **Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R – Bat C – CS 63278 – 06205 NICE CEDEX 3 ;**
- Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'Assureur.

Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.