

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 interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par Assuré.

HOSPITALISATION

	NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	175 %	225 %	250 %	300 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	150 %	200 %	250 %	275 %	325 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	175 %	225 %	275 %	300 %	350 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière ⁽³⁾ (hors ambulatoire)	-	45 € / jour	55 € / jour	65 € / jour	75 € / jour	85 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	55 € / jour	65 € / jour	75 € / jour	85 € / jour
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
Lit accompagnant ⁽³⁾	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

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

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Soins						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	165 %	215 %	265 %	315 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	180 %	230 %	280 %	330 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	195 %	245 %	295 %	345 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	165 %	215 %	265 %	315 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	180 %	230 %	280 %	330 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	195 %	245 %	295 %	345 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾	Illimité	Illimité	900 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €

100% SANTÉ OPTIQUE (7)

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

Équipements 100% Santé**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
Monture et verres (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 %	125 €	175 €	200 €	250 €	300 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) ⁽⁸⁾	100 % ⁽⁸⁾	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €

SOINS COURANTS

	NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion : Forfait médicament non remboursé par le RO	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
Honoraires médicaux						
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	140 %	165 %	215 %	265 %
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	145 %	170 %	195 %	245 %	295 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	130 %	175 %	200 %
Actes d'imagerie et d'échographie :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	105 %	125 %	125 %
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 %	125 %	175 %	200 %
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	-	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	20 €	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €	130 €
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €	140 €
Cure thermale⁽⁹⁾	100 %	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €
Matériel médical						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES⁽¹⁰⁾

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	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursement automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Adhérent pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire 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, 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.

(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, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation

(SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(3) 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, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré. Le lit accompagnant est 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.

(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) 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.

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

(7) 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 et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. 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. 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 également 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.

(8) Pour la formule NP1, seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, NP2, NP3, NP4, NP5 et NP6, 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 le Régime Obligatoire.

(9) Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale, du traitement thermal et des frais de transport et d'hébergement. Le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

(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 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 sont en vigueur depuis le 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.

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
OPTIQUE ⁽¹⁾



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
DENTAIRE ⁽²⁾



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
AIDES AUDITIVES ⁽³⁾



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

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

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

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

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES
OU

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES



2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

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

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

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

Prothèses amovibles à base de résine



3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

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

Les caractéristiques :

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

Au moins 3 des options techniques suivantes :
système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie \geq 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



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

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

	NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
--	------	------	------	------	------	------

CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Performance	0 €	45 €	55 €	65 €	75 €	85 €
RESTE À CHARGE		Selon dépense engagée					

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Performance	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
RESTE À CHARGE		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

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.

FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ	Dépense	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement du RO	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement Néoliane Performance	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
RESTE À CHARGE		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane Performance	0 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
RESTE À CHARGE		83,30 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane Performance	0 €	81,51 €	175,30 €	175,30 €	175,30 €	175,30 €
RESTE À CHARGE		175,30 €	93,79 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

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.

FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement du RO	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement Néoliane Performance	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
RESTE À CHARGE		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

DENTAIRE

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Soins et prothèses 100% santé					
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursement du RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	Remboursement Néoliane Performance	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120€

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Soins (hors 100% santé)					
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €
	Remboursement Néoliane Performance	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38€

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Prothèses (hors 100% santé)					
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement du RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement Néoliane Performance	32,25 €	86 €	139,75 €	193,5 €	220,38 €	247,25 €
	RESTE À CHARGE	429,98 €	376,23 €	322,48 €	268,73 €	241,86 €	214,98 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 107,50€

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Orthodontie (moins de 16 ans)					
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement Néoliane Performance	0 €	96,75 €	193,50 €	290,25 €	338,63 €	387 €
	RESTE À CHARGE	526,50 €	429,75 €	333 €	236,25 €	187,88 €	139,50 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50€

OPTIQUE

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Équipements 100% santé					
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)
	Remboursement du RO	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €
	Remboursement Néoliane Performance	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 12,75 € par verre + 9 €

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Équipements (hors 100% santé)					
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)
	Remboursement du RO	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €
	Remboursement Néoliane Performance	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 27 € par verre + 9 €

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Équipements (hors 100% santé)					
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane Performance	0,06 €	124,91 €	174,91 €	199,91 €	249,91 €	299,91 €
	RESTE À CHARGE	338,85 €	214 €	164 €	139 €	89 €	39 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Équipements (hors 100% santé)					
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane Performance	0,06 €	199,91 €	249,91 €	299,91 €	349,91 €	399,91 €
	RESTE À CHARGE	600,85 €	401 €	351 €	301 €	251 €	201 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Lentilles					
FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le RO	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Performance	0 €	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée					

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Chirurgie réfractive					
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Performance	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée					

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

🔊 AIDES AUDITIVES

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Équipements 100% santé					
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane Performance	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

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

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Équipements (hors 100% santé)					
ÉQUIPEMENTS (HORS 100% SANTÉ)	Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane Performance	160 €	160 €	260 €	360 €	560 €	760 €
	RESTE À CHARGE	1 076 €	1 076 €	976 €	876 €	676 €	476 €

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

🏠 SOINS COURANTS

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane Performance	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€

CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane Performance	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane Performance	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane Performance	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane Performance	9 €	9 €	16,50 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	15 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane Performance	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	24,15 €	29,90 €
	RESTE À CHARGE	32 €	32 €	30,85 €	25,10 €	14,75 €	9,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane Performance	6,90 €	6,90 €	8,05 €	13,80 €	24,15 €	29,90 €
	RESTE À CHARGE	35 €	35 €	33,85 €	28,10 €	17,75 €	12,00 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

		NP 1	NP 2	NP 3	NP 4	NP 5	NP 6
		Matériel médical					
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement Néoliane Performance	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	RESTE À CHARGE	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40€

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

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

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmières, intervenants médicaux
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

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

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE (DE PLUS DE 3 JOURS)

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

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE AU DOMICILE :

- ✓ Livraison de médicaments

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



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

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

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



à vos côtés, où que vous soyez

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

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

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



des experts pour éclairer vos décisions de santé

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

COMMENT ÇA MARCHE ?



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



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



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

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