Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

GENERALI

TABLEAU DES GARANTIES

Néoliane Dynamique

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

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		Dynamique 5
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)		
Forfait journalier hospitalier [1]		Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) [2]		200 %
Honoraires		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		160 %
BONUS FIDÉLITÉ	A compter de la **2ème année d'adhésion**	170 %
	A compter de la **3ème année d'adhésion**	180 %
	A compter de la **4ème année d'adhésion**	200 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		140 %
Chambre particulière (Hors ambulatoire) [2]		50 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	A compter de la **2ème année d'adhésion**	55 € / jour
	A compter de la **3ème année d'adhésion**	60 € / jour
	A compter de la **4ème année d'adhésion**	65 € / jour
Extra Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) [2] [3]		15 € / jour
Frais de transport [4]		100 %
Forfait patient urgences (FPU)		Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ		
Frais de séjour		100 %
Forfait journalier hospitalier		100 %
Honoraires		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)		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 [5]		100 %
Orthodontie remboursée par le RO		200 %
BONUS FIDÉLITÉ	A compter de la **2ème année d'adhésion**	215 %
	A compter de la **3ème année d'adhésion**	230 %
	A compter de la **4ème année d'adhésion**	245 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres		
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO		200 %
BONUS FIDÉLITÉ	A compter de la **2ème année d'adhésion**	215 %
	A compter de la **3ème année d'adhésion**	230 %
	A compter de la **4ème année d'adhésion**	245 %
Autres frais dentaires non remboursés par le RO [6]		150 € / an
Plafond dentaire annuel (hors soins) [7]		600 €
BONUS FIDÉLITÉ	A compter de la **2ème année d'adhésion**	750 €
	A compter de la **3ème année d'adhésion**	900 €
	A compter de la **4ème année d'adhésion**	1 050 €

100% SANTÉ OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO [8]		Depuis le 1er 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 (équipement de la Classe B - Panier Libre)*** [3]		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.
Monture		100 €
Équipement à verres simples		100 €
Equipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe 1		150 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes		200 €
BONUS FIDÉLITÉ	A compter de la **3ème année d'adhésion** (applicable sur les verres) :	+ 50 €
	A compter de la **5ème année d'adhésion** (applicable sur les verres) :	+ 75 €
Lentilles remboursées par le RO		100 % + 100 €
Lentilles non remboursées par le RO		100 €

EQC1071A_TG_05/2022

SOINS COURANTS	Dynamique 5
Médicaments	100 %
Honoraires médicaux	
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :	
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* [9]	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* [9]	135 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :	
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	135 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %
Analyses et examens de laboratoire	135 %
Matériel médical	
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES [10]	Depuis le 1er janvier 2020 - 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 %

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION	
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, 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 25 € / acte).	100 €
Acte de prévention remboursés par le RO [11]	100 %

SERVICES	
Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Médecin direct et deuxième avis médical	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
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 santé

L'assureur des garanties santé est l'Equité.

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 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, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
[2] 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] Les frais accompagnant 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] 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] Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
[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 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.
[9] Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.
[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.
[11] Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.
*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 entreront en vigueur au 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et 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.

EQC1071A_TG_05/2022

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 1ère 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 et canines)
- Full Zircon et 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

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

		DYNAMIQUE 5
CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	20 €
	Remboursement du RO	0 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**20 €**
	RESTE À CHARGE	**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**
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	NC
	Remboursement du RO	0 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**50 €**
	RESTE À CHARGE	**Selon dépense engagée**

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO
FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ (hébergement)	Dépense	745,54 €
	Remboursement du RO	721,54 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**24 €**
	RESTE À CHARGE	**50,62 €**

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**83,30 €**
	RESTE À CHARGE	**0 €**

		Séjours sans acte lourd 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**
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**108,68 €**
	RESTE À CHARGE	**66,62 €**

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	3 270,12 €
	Remboursement du RO	654,02 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**0 €**
	RESTE À CHARGE	**0 €**

EXEMPLES **DE REMBOURSEMENTS**

DENTAIRE

		DYNAMIQUE 5
		Soins et prothèses 100% santé
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense	500 €
	Remboursement du RO	84 €
	Remboursement Néoliane dynamique	416 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**
		Soins (hors 100% santé)
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €
	Remboursement Néoliane dynamique	13,01 €
	RESTE À CHARGE	**0 €**
		Prothèses (hors 100% santé)
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,80 €
	Remboursement du RO	84 €
	Remboursement Néoliane dynamique	156 €
	RESTE À CHARGE	**297,80 €**
		Orthodontie (moins de 16 ans)
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €
	Remboursement Néoliane dynamique	193,50 €
	RESTE À CHARGE	**333 €**

OPTIQUE

		DYNAMIQUE 5
		Équipements 100% santé
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	41 € (*) + 30 € (*)
	Remboursement du RO	20,70 €
	Remboursement Néoliane dynamique	91,30 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	90 € (*) + 30 € (*)
	Remboursement du RO	37,80 €
	Remboursement Néoliane dynamique	172,20 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	**0 €**
		Équipements (hors 100% santé)
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	100 € (*) + 139 € (*)
	Remboursement du RO	0,09 €
	Remboursement Néoliane dynamique	199,91 €
	RESTE À CHARGE	**139 €**
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	231 € (*) + 139 € (*)
	Remboursement du RO	0,09 €
	Remboursement Néoliane dynamique	299,91 €
	RESTE À CHARGE	**301 €**
		Lentilles
FORFAIT ANNUEL	Dépense	NC
	Remboursement du RO	0,09 €
	Remboursement Néoliane dynamique	100,00 €
	RESTE À CHARGE	**Selon dépense engagée**
		Chirurgie réfractive
OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	NC
	Remboursement du RO	0,09 €
	Remboursement Néoliane dynamique	0,00 €
	RESTE À CHARGE	**Selon dépense engagée**

EXEMPLES **DE REMBOURSEMENTS**

AIDES AUDITIVES

		DYNAMIQUE 5
		Équipements 100% santé
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense	950,00 €
	Remboursement du RO	240,00 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**710,00 €**
	100% SANTÉ **RESTE À CHARGE**	**0,00 €**
		Équipements (hors 100% santé)
ÉQUIPEMENTS (HORS 100% SANTÉ)	Dépense	1 476,00 €
	Remboursement du RO	240,00 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**160,00 €**
	RESTE À CHARGE	**1 076,00 €**

SOINS COURANTS

		DYNAMIQUE 5
		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**7,50 €**
	RESTE À CHARGE	**1 €**
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**9,60 €**
	RESTE À CHARGE	**0 €**
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €
	Remboursement du RO	20 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**9 €**
	RESTE À CHARGE	**1 €**
		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**9,60 €**
	RESTE À CHARGE	**0 €**
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €
	Remboursement du RO	20 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**9 €**
	RESTE À CHARGE	**7,50 €**
		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**14,95 €**
	RESTE À CHARGE	**23,95 €**
CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**14,95 €**
	RESTE À CHARGE	**26,95 €**
		Matériel médical
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €
	Remboursement Néoliane dynamique	**9,76 €**
	RESTE À CHARGE	**1,40 €**