

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.



Durant les trois premiers mois d'adhésion, le remboursement des garanties (OPTAM et non OPTAM) pour les postes hospitalisation, dentaire, optique, soins courants, prévention et aides auditives est limité à 100% du Ticket Modérateur en cas d'accident ou de maladie.

Les garanties 100% Santé et les garanties non remboursées par le Régime Obligatoire ne sont pas concernées par cette limitation.

HOSPITALISATION

	PU 1	PU 2	PU 3	PU 4	PU 5	PU 6	PU 7	PU 8	
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 réels	Frais réels	
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	Frais réels	Frais réels	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 %	100 %	100 %	
HONORAIRES									
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	300 %	325 %	
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	150%	175%	200%	225%	250%	275%	325%	350%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	175%	200%	225%	250%	275%	300%	350%	375%
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	200%	225%	250%	275%	300%	325%	375%	400%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100 %	105 %	130 %	150 %	180 %	200 %	200 %	200 %	
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) ⁽³⁾	-	35 €/jour	45 €/jour	50 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour	
Lit accompagnant ⁽³⁾	-	10 €/jour	10 €/jour	10 €/jour	10 €/jour	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	
Confort hospitalier : téléphone, internet, télévision	-	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	Frais réels	Frais réels	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 %	100 %	100 %	
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
HONORAIRES									
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	



Bénéficiez d'une assistance en cas d'hospitalisation programmée ou imprévue de plus de 3 jours, ou lors d'une immobilisation imprévue et immédiate.

→ **Aide à domicile, présence d'un proche, prise en charge des animaux domestiques, livraisons des médicaments.**

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux dispositions générales d'assistance.

(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 (ULSD).

(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 (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) 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, 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) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

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

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 ⁽⁶⁾ - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion*
 Orthodontie remboursée par le RO
Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion

	PU 1	PU 2	PU 3	PU 4	PU 5	PU 6	PU 7	PU 8
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Orthodontie	100%	100%	150 % + 100 €	150 % + 100 €	175 % + 125 €	175 % + 125 €	200 % + 150 €	200 % + 150 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115%	115%	165 % +100€	165 % +100€	190 % +125€	190 % +125€	215 % +150€	215 % +150€
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130%	130%	180 % +100€	180 % +100€	205 % +125€	205 % +125€	230 % +150€	230 % +150€
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	145%	190 % +100€	195 % +100€	220 % +125€	220 % +125€	245 % +150€	245 % +150€

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion*

	PU 1	PU 2	PU 3	PU 4	PU 5	PU 6	PU 7	PU 8
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	275 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %	240 %	265 %	290 %
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %	255 %	280 %	305 %
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	195 %	220 %	245 %	270 %	295 %	320 %

Prothèses dentaires, implantologie et parodontologie non remboursées par le RO ⁽⁷⁾

	-	-	100 €	100€	125 €	125 €	150 €	150 €
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁸⁾	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	1 200 €	1 400 €	1 600 €

(6) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlayonlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

(7) Forfait par année d'adhésion. Prothèses dentaires, implantologie et parodontologie refusées par le RO mais avec cotation.

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

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)*** :

Moins de 16 ans - Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion

Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe

	100 %	100 %	75 €	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	100 %	150 €	180 €	200 €	250 €	300 €	350 €

16 ans et plus - Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion

Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe

	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	300 €	350 €	350 €
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	150 €	175 €	200 €	225 €	275 €	325 €	375 €	375 €
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	175 €	200 €	225 €	250 €	300 €	350 €	400 €	400 €
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	200 €	225 €	250 €	275 €	325 €	375 €	420 €	420 €

Équipement avec des verres complexes ou très complexes

	200 €	225 €	250 €	300 €	350 €	400 €	450 €	500 €
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 2 ^e année d'adhésion	225 €	250 €	275 €	325 €	375 €	425 €	475 €	525 €
À compter de la 3 ^e année d'adhésion	250 €	275 €	300 €	350 €	400 €	450 €	500 €	550 €
À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	275 €	300 €	325 €	375 €	425 €	475 €	525 €	575 €

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

	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) ⁽¹⁰⁾

	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Chirurgie réfractive, Traitement de l'oeil au laser (myopie et presbytie), Implant oculaire ⁽¹¹⁾

	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	300 €	350 €
--	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

(9) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, 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 ; et tous les six 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.

(10) Pour les formules PU1 et PU2, seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules, PU3, PU4, PU5, PU6, PU7 et PU8 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.

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

*** 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.

SOINS COURANTS		PU 1	PU 2	PU 3	PU 4	PU 5	PU 6	PU 7	PU 8
MÉDICAMENTS		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés par le RO		25 €	25 €	25 €	50 €	50 €	50 €	75 €	75 €
HONORAIRES MÉDICAUX									
<i>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</i>									
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>		100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	140 %	165 %	165 %	190 %	190 %	215 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	155 %	155 %	180 %	180 %	205 %	205 %	230 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	170 %	170 %	195 %	195 %	220 %	220 %	245 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>		100 %	105 %	105 %	130 %	130 %	155 %	155 %	180 %
Psychologues adhérents au dispositif MonParcoursPsy		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>Actes d'imagerie et actes d'échographie - Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>									
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	125 %	125 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	125 %	125 %	125 %	125 %	150 %	150 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		100 %	100 %	125 %	125 %	125 %	125 %	150 %	150 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100 %	100 %	125 %	125 %	125 %	125 %	150 %	150 %
MATÉRIEL MÉDICAL									
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins effectués à l'étranger remboursés par le RO		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE		PU 1	PU 2	PU 3	PU 4	PU 5	PU 6	PU 7	PU 8
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 50 € / acte)		50 €	70 €	90 €	110 €	130 €	150 €	170 €	200 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	60 €	80 €	100 €	120 €	140 €	160 €	180 €	210 €
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	70 €	90 €	110 €	130 €	150 €	170 €	190 €	220 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	80 €	100 €	120 €	140 €	160 €	180 €	200 €	230 €
Cure thermale ⁽¹²⁾ - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>		100 % + 100€	100 % + 150 €	100 % + 175 €	100 % + 200 €	100 % + 225 €	100 % + 250 €	100 % + 275 €	100 % + 300 €
Actes de prévention (les prestations de prévention couvertes par les Régimes Obligatoires)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Indemnité de naissance ou d'adoption À compter du 6^e mois d'adhésion		150 €	150 €	150 €	150 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Pass sportif - Participation forfaitaire ⁽¹³⁾ À compter de la 2^e année d'adhésion		45 €	45 €	45 €	45 €	45 €	45 €	45 €	45 €

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾

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 <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %	275 %
Prestations d'adaptation et de suivi (2 consultations par an)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(12) 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.

(13) Participation au remboursement d'un abonnement au sein d'un club de sport, d'une association sportive ou d'une salle de sport.

(14) 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.

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)

Téléconsultation

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

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

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

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

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À 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 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, 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 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.

*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.



Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et 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 zircons (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

Durant les trois premiers mois d'adhésion* suivant la date d'effet du contrat, les garanties honoraires sont remboursées à hauteur du Ticket Modérateur.

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)								FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)							
	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
Dépense	NC								20 €							
Remboursement du RO	0 €								0 €							
Remboursement Pulse	0 €	35 €	45 €	50 €	55 €	65 €	75 €	85 €	20 €							
Reste à charge	Selon dépense engagée								0 €							

	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.							
	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
Dépense	835,60 €							
Remboursement du RO	811,60 €							
Remboursement Pulse	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-CO								OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)							
	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
Dépense	355 €								447 €							
Remboursement du RO	271,70 €								271,70 €							
Remboursement Pulse	67,93 €	83,30 €							0 €	13,59 €	81,51 €	135,85 €	175,30 €			
Reste à charge	15,37 €	0 €							175,30 €	161,71 €	93,79 €	39,45 €	0 €			

*Durant les 3 premiers mois d'adhésion

Remboursement Pulse : 67,93€

Reste à charge : 15,38€

Remboursement Pulse : 0€

Reste à charge : 175,30€

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.							
	PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
Dépense	3 541 €							
Remboursement du RO	2 832,80 €							
Remboursement Pulse	708,20 €							
Reste à charge	0 €							

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE

Durant les trois premiers mois d'adhésion* suivant la date d'effet du contrat, les garanties orthodontie, prothèses dentaires, Inlay-Core et implantologie sont remboursées à hauteur du Ticket Modérateur.

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
500 €								
72 €								
428 €								
0 €								

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120 €

DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
43,38 €								
26,03 €								
17,35 €								
0 €								

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge
*Durant les 3 premiers mois d'adhésion

COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
554 €								
72 €								
48 €	78 €	108 €	138 €	168 €	198 €	228 €	258 €	
434 €	404 €	374 €	344 €	314 €	284 €	254 €	224 €	
Remboursement Pulse : 48€								
Reste à charge : 434€								

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120 €

TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
720 €								
193,50 €								
0 €	196,75 €	270,13 €	343,50 €					
526,50 €	329,75 €	256,37 €	183 €					
Remboursement Pulse : 0€								
Reste à charge : 526,50€								

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50 €

OPTIQUE

Durant les trois premiers mois d'adhésion* suivant la date d'effet du contrat, les garanties équipements (verres simples comme verres complexes) sont remboursées à hauteur du Ticket Modérateur.

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
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								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)								
37,80 €								
172,20 €								
0 €								

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

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge
*Durant les 3 premiers mois d'adhésion

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements (hors 100% santé) - +16 ans								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)								
0,09 €								
124,91 €	149,91 €	174,91 €	199,91 €	249,91 €	299,91 €	338,91 €		
214 €	189 €	164 €	139 €	89 €	39 €	0 €		
Remboursement Pulse : 124,91€								
Reste à charge : 214€								

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

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements (hors 100% santé) - +16 ans								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)								
0,09 €								
199,91 €	224,91 €	249,91 €	299,91 €	349,91 €	399,91 €	449,91 €	499,91 €	
401 €	376 €	351 €	301 €	251 €	201 €	151 €	101 €	
Remboursement Pulse : 199,91€								
Reste à charge : 401€								

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le Régime Obligatoire							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
NC							
0 €							
0 €	100 €			120 €			
Selon dépense engagée							

OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
NC							
0 €							
0 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	
Selon dépense engagée							

SOINS COURANTS

Durant les trois premiers mois d'adhésion* suivant la date d'effet du contrat, les garanties consultations et visites médicales, actes d'imagerie et d'échographie, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire sont remboursés à hauteur du Ticket Modérateur

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
30 €							
19 €							
9 €							
2 €							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30 €

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
35 €							
24,50 €							
10,50 €							
0 €							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 35 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
37 €							
23,90 €							
11,10 €							
2 €							

*Durant les 3 premiers mois d'adhésion

Remboursement Pulse : 11,10€

Reste à charge : 2€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 37€

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
50 €								
24,50 €								
10,50 €	19,25 €	25,50 €						
15 €	6,25 €	0 €						

Remboursement Pulse : 10,50€

Reste à charge : 15€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 35 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO								
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8	
54 €								
23,90 €								
11,10 €	20,35 €	28,10 €						
19 €	9,75 €	2 €						

*Durant les 3 premiers mois d'adhésion

Remboursement Pulse : 11,10€

Reste à charge : 19€


Base de remboursement du Régime Obligatoire : 37€

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
55 €							
16,10 €							
6,90 €	8,05 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €			
32 €	30,85 €	25,10 €	19,35 €	13,60 €			

Remboursement Pulse : 6,90€

Reste à charge : 32€

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23 €


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge
*Durant les 3 premiers mois d'adhésion


CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
57 €							
14,10 €							
6,90 €	8,05 €	13,80 €		19,55 €	25,30 €		
36 €	34,85 €	29,10 €		23,35	17,60 €		
Remboursement Pulse : 6,90€							
Reste à charge : 36€							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23 €

ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
25,80 €							
14,64 €							
9,76 €							
1,40 €							
Remboursement Pulse : 9,76€							
Reste à charge : 1,40€							

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40 €

AIDES AUDITIVES


Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Pulse
Reste à charge

PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
950 €							
240 €							
710 €							
0 €							

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

PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)							
PU1	PU2	PU3	PU4	PU5	PU6	PU7	PU8
1 476 €							
240 €							
160 €	260 €	360 €	460 €	560 €	660 €	760 €	860 €
1 076 €	976 €	876 €	776 €	676 €	576 €	476 €	376 €

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** – rue Pillet-Will 75009 PARIS – SA au capital de 69 213 760 € – RCS Paris 572 084 697 – Entreprise régie par le Code des assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR232327_03PBRV – Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **NÉOLIANE PULSE**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE PULSE 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 PULSE est un produit d'Assurance Complémentaire Santé. En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels Ayants droit, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier. Le produit NÉOLIANE PULSE 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 PULSE 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 (y compris maternité) :** Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences ;
- ✓ **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 ;
- ✓ **Optique :** Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants :** Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles, Cure thermale, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives :** Équipements 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 de confort hospitalisation ;
- **Dentaire :** Prothèses dentaires, Implantologie et Parodontologie non remboursées par le Régime Obligatoire ;
- **Optique :** Chirurgie réfractive, Traitement de l'oeil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

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 similaires.

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 ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Pour l'ensemble des garanties :** Remboursement limité au Ticket modérateur durant les 3 premiers mois d'adhésion ;
- ! **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 ;
- ! **Forfait journalier hospitalier :** Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des établissements médico-sociaux ;
- ! **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 et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives :** Depuis le du 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 cette même zone géographique. 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 :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie français ;
- Être âgé(e) entre 18 ans et sans limite d'âge ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Informer l'Assureur des événements suivants, dans un délai de 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 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



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 ou chèque (annuel uniquement).



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 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 :

- En cas de résiliation quels que soient le motif et 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.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire du contrat 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 à :
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.