

Adhésion possible jusqu'à 90 ans inclus

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 comprennent le remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

HOSPITALISATION - Carence de 30 jours sauf en cas d'accident ⁽¹⁾

		NIVEAU 1
Hospitalisation à domicile		100 %
SECTEUR CONVENTIONNÉ		
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾		Frais réels
Honoraires		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	125 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100%
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) - limitée à 30 jours par an ⁽⁴⁾		Néant
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	Néant
Frais d'accompagnant (lit et frais de repas) - Limité à 15 jours par an ⁽⁵⁾		Néant
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	Néant
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision) - Limité à 15 jours par an ⁽⁶⁾		Néant
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	Néant
Frais de transport ⁽⁶⁾		100 %
Forfait patient urgences		Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ		
Forfait journalier hospitalier		100 %
Frais de séjour (y compris maternité)		100 %
Honoraires		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)		100 %

DENTAIRE

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 remboursés par le RO		100 %
Orthodontie remboursée par le RO		100 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	100 %
Prothèses autres que 100% Santé - (panier à honoraires maîtrisés ou libres)		
Prothèses dentaires remboursés par le RO		100 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	100 %
Prothèses dentaires, implantologie et parodontologie non remboursées par le RO		Néant
Plafond dentaire annuel (prothèses uniquement) ⁽⁷⁾		Néant
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	Néant

OPTIQUE ⁽⁸⁾

		NIVEAU 1
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		100 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	100 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	100 %

Équipement avec 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe

100 %

BONUS FIDÉLITÉ

À compter de la 2^e année d'adhésion

100 %

À compter de la 3^e année d'adhésion

100 %

Équipement à verres complexes ou très complexes

100 %

BONUS FIDÉLITÉ

À compter de la 2^e année d'adhésion

100 %

À compter de la 3^e année d'adhésion

100 %

Dont monture au sein de l'équipement limitée à :

100 %

Lentilles acceptées ou refusées par le RO ⁽⁹⁾

100 %

SOINS COURANTS

Médicaments remboursés par le RO

100 %

Honoraires médicaux

Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*

100 %

Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*

100 %

Imagerie médicale et actes techniques médicaux :

Imagerie médicale pratiquée par des médecins ou praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO

100 %

Imagerie médicale pratiquée par des médecins ou praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO

100 %

Actes de techniques médicaux (ATM) pratiqués par des médecins ou praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO

100 %

Actes de techniques médicaux (ATM) pratiqués par des médecins ou praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO

100 %

Honoraires paramédicaux (y compris soins externes et à domicile)

100 %

Analyses et examens de laboratoire

100 %

Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)

100 %

Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinési thérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, lumbinothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion) (Maximum 30€ par séance)

Néant

Actes de prévention dans le cadre des contrats responsables

100 %

Cures thermales acceptées par le RO (par an et par bénéficiaire) ⁽¹⁰⁾

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*

100 %

Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*

100 %

Frais d'établissement

100 %

Transport et hébergement

Néant

 AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾

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 %

Accessoires ⁽¹²⁾

Néant

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursements automatisés (Télétransmission)

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

MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr

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

L'Assureur des garanties santé est ACHEEL.

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'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret N°2014-1374 du 18 novembre 2014. 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.

⁽⁹⁾ Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

⁽¹⁰⁾ 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), les séjours en gériatrie et les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

⁽¹¹⁾ 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 et soins de suite et de réadaptation (SSR) (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.

⁽¹²⁾ Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation, etc.) consécutifs à une hospitalisation. Sont exclus de la garantie : les séjours en gériatrie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).

⁽¹³⁾ Limité à hauteur de la garantie pendant 15 jours par an et par assuré.

⁽¹⁴⁾ Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie sauf pour les cures thermales. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de

l'Assurance Maladie.

⁽¹⁵⁾ Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

⁽¹⁶⁾ 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.

⁽¹⁷⁾ 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.

⁽¹⁸⁾ Pour la formule 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.

⁽¹⁹⁾ Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

⁽²⁰⁾ 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.

⁽²¹⁾ Le forfait « Accessoires » n'est pas valable pour l'achat des prothèses auditives. Les accessoires doivent être compatibles avec les prothèses auditives utilisées.

⁽²²⁾ 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 ≥ 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

N1

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

CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC
	Remboursement du RO	0 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépensée engagée

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 €
	Remboursement du RO	721,54 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	24 €
	RESTE À CHARGE	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO

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

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 €
	Remboursement du RO	271,70 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0 €
	RESTE À CHARGE	175,30 €

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 €
	Remboursement du RO	2 616,10 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	654,02 €
	RESTE À CHARGE	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

		N1
		Soins et prothèses 100% santé
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense	500 €
	Remboursement du RO	84 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120€		
		Soins (hors 100% santé)
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	13,01 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38€		
		Prothèses (hors 100% santé)
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,48 €
	Remboursement du RO	75,25 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	32,25 €
	RESTE À CHARGE	429,98 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 107,50€		
		Orthodontie (moins de 16 ans)
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0 €
	RESTE À CHARGE	526,50 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50€		

OPTIQUE

		N1
		Équipements 100% santé
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	41 € ⁽⁺⁾ + 30 € ⁽⁻⁾
	Remboursement du RO	20,70 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	91,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 12,75 € par verre + 9 €		
		Équipements (hors 100% santé)
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	90 € ⁽⁺⁾ + 30 € ⁽⁻⁾
	Remboursement du RO	37,80 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	172,20 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 27 € par verre + 9 €		
		Équipements (hors 100% santé)
VERRES SIMPLES ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	100 € ⁽⁺⁾ + 139 € ⁽⁻⁾
	Remboursement du RO	0,09 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0,06 €
	RESTE À CHARGE	338,85 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €		
		Équipements (hors 100% santé)
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (+) PAR VERRE (-) MONTURE (limitée à 100€)	Dépense	231 € ⁽⁺⁾ + 139 € ⁽⁻⁾
	Remboursement du RO	0,09 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0,06 €
	RESTE À CHARGE	600,85 €
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €		
		Lentilles
FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le RO	Dépense	NC
	Remboursement du RO	0 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée
		Chirurgie réfractive
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	Dépense	NC
	Remboursement du RO	0 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	0 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

AIDES AUDITIVES

		N1
		Équipements 100% santé
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ	Dépense	950 €
	Remboursement du RO	240 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	710 €
	100% SANTÉ  RESTE À CHARGE	0 €

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

		Équipements (hors 100% santé)
ÉQUIPEMENTS (HORS 100% SANTÉ)	Dépense	1 476 €
	Remboursement du RO	240 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	160 €
	RESTE À CHARGE	1 076 €

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

SOINS COURANTS

		N1
		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 Nuvéo Essentiel	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€

CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	9,60 €
	RESTE À CHARGE	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 €
	Remboursement du RO	20 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	9,60 €
	RESTE À CHARGE	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 €
	Remboursement du RO	20 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	9 €
	RESTE À CHARGE	15 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		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 Nuvéo Essentiel	6,90 €
	RESTE À CHARGE	32 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	6,90 €
	RESTE À CHARGE	35 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

		Matériel médical
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €
	Remboursement Nuvéo Essentiel	9,76 €
	RESTE À CHARGE	1,40 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40€

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE...

DÈS LA SOUSCRIPTION :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmière, intervenant médical
- ✓ 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 dès la souscription du contrat : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Vous recevrez un mail avec votre code d'activation pour créer vos comptes, dès la souscription de votre contrat santé. Profitez-en, vous pouvez en bénéficier dès la création de votre compte, et ce même si votre contrat n'a pas encore débuté !



à vos côtés, où que vous soyez

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

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Santiane

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**

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 455 524 € – RCS Paris 812 962 330 – 38-40 avenue des Champs-Élysées 75008 Paris – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par **SANTIANE.FR** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice 489 649 897 – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 07 006 282 (www.orias.fr).
Assuré et co-conçu par **ACHEEL** – Société Anonyme au capital de 46 812,48 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris n°879605350 – Siège Social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris. Entreprises soumises à l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Produit : **NUVÉO ESSENTIEL**

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 complètes du produit NUVÉO ESSENTIEL sont fournies dans les documents précontractuels et contractuels 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 NUVÉO ESSENTIEL est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels Ayants droits, après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas expressément identifiés dans le tableau de garanties, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NUVÉO ESSENTIEL est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prises 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 NUVÉO ESSENTIEL 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 ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à **des plafonds** qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A – Panier 100% Santé, Monture et verre (équipement de la classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO – Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Frais d'accompagnement, Chambre particulière, Confort hospitalier ;
- **Soins courants** : Médecine naturelle.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance IMA en cas d'événements traumatiques, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

Les garanties précédées d'une ✓ 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 ;
- ✗ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables » ;
- ! 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 ;
- ! Les garanties ne s'exercent pas en cas :
 - De guerre civile ou étrangère, d'émeutes ou mouvement populaires,
 - D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin ;
 - Des désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : Délai d'attente en hospitalisation, d'un (1) mois sur les remboursements au-delà du ticket modérateur hors hospitalisation consécutive à un accident et hors frais journalier hospitalier ;
- ! **Chambre particulière** : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours ;
- ! **Lit accompagnant** : Garantie disponible à partir de la deuxième année d'assurance dans la limite de 15 jours par an ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Exclu pour les séjours en gériatrie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans 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** : Pour chaque oreille indépendamment, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant en France métropolitaine (y compris la Corse) pour des frais engagés en France métropolitaine y compris Corse.
Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois, 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 et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine (y compris la Corse) ;
- Être âgé(e) à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans et jusqu'à 90 ans inclus sauf pour la formule 4 accessible uniquement pour l'Adhérent principal âgé de 30 à 90 ans inclus,
- Être adhérent(e) à l'Association Copernic pour l'Assurance ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre au Gestionnaire dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, qui constitue alors la nouvelle échéance du contrat, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui commence à courir soit à partir de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

- À la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine (y compris Corse).



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. 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 extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Santiane.fr – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R – Bat C – 06200 NICE**
- par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : **www.santiane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

Une fois la première année de souscription écoulée, l'adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur (L113-15-2 du Code des Assurances).

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.