Néosanté
malakoff humanis

CONFORME à la réforme 100% SANTÉ

# TABLEAU DE GARANTIES

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les montants exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé et les garanties non prise en charge par la Sécurité sociale) **font l'objet d'une limitation à 100% du Ticket Modérateur au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.** Passé ce délai de trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

| | ESSENTIELLE |
|---|---|
| **HOSPITALISATION** (1) | 1 |
| Forfait journalier hospitalier (2) | Frais réels |
| Frais de séjour en secteur conventionné (3)<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | Frais réels |
| **Honoraires** | |
| Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les practiciens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (3)<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 170% |
| Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les practiciens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (3)<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 150% |
| **Chambre particulière** (4) | |
| Par nuité | 30€ |
| Par jour (hospitalisation en ambulatoire) | 12€ |
| Lit d'accompagnant par jour (4) | - |
| Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) (5) | 100% |
| **100% SANTÉ DENTAIRE** | |
| **Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé***<br>Soins et prothèses 100% Santé - Panier 100% Santé | Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements* |
| **SOINS** | |
| Soins dentaires | 100% |
| **ORTHODONTIE** | |
| Orthodontie remboursée par le R.O (6) - par semestre de traitement et par bénéficiaire - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% +100€ |
| Renfort sur orthodontie remboursée par le R.O (6) - par semestre de traitement et par bénéficiaire | - |
| Orthodontie non remboursée par le R.O, sur avis du chirurgien-dentiste consultant (6) - dans la limite de 4 semestres et par bénéficiaire | - |
| **PROTHÈSES ET IMPLANTS** | |
| Inlays/onlays (6) - par acte<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100%<br>+50€ |
| Prothèse dentaire, hors Inlay core, remboursée par le R.O (6)<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 150% |
| Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursées (6) | 25€ |
| Inlay core remboursé par le R.O<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 125% |
| Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) - par implant ou couronne non remboursée par le RO (7) | - |
| Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontiques) par an et par bénéficiaire, années 1 et 2 | 900€ |
| Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontiques) par an et par bénéficiaire, année 3 et suivantes | 1000€ |
| **100% SANTÉ OPTIQUE** (8) (1 monture + 2 verres) | |
| **Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé***<br>Équipements 100% Santé (Classe A - Panier 100% Santé) | Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements* |
| **Équipements de la Classe B - Panier libre** | |
| *ADULTE (à compter du 16ème anniversaire),* ***RÉSEAU KALIXIA (9) - Tarifs négociés et reste à payer minoré*** | |
| Par verre simple - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 30€ |
| Par verre complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 80€ |
| Par verre très complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100€ |
| Une monture de lunettes | 40€ |
| *ENFANT (Jusqu'à 15 ans révolus),* ***RÉSEAU KALIXIA (9) - Tarifs négociés et reste à payer minoré*** | |
| Par verre simple - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 30€ |
| Par verre complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 80€ |
| Par verre très complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100€ |
| Une monture de lunettes | 40€ |
| Bonus RÉSEAU KALIXIA : par verre en cas de non consommation durant 3 années civiles consécutives - Majoration de la prestation | +10% |
| *ADULTE (à compter du 16ème anniversaire),* ***HORS RÉSEAU KALIXIA*** | |
| Par verre simple - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 15€ |
| Par verre complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 80€ |
| Par verre très complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 90€ |
| Une monture de lunettes | 40€ |
| *ENFANT (Jusqu'à 15 ans révolus),* ***HORS RÉSEAU KALIXIA*** | |
| Par verre simple - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 10€ |
| Par verre complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 80€ |
| Par verre très complexe - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 85€ |
| Une monture de lunettes | 40€ |

| AUTRES POSTES OPTIQUES | ESSENTIELLE |
|---|---|
| | 1 |
| Prestation d'adaptation des verres par l'opticien | 100 % |
| Lentilles prescrites remboursées par le R.O [10] - par an<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 60€ |
| Lentilles prescrites non remboursées par le R.O [10] - par an | 60€ |
| Chirurgie optique réfractive non remboursée par le R.O - par œil - par an | - |
| Implants multifocaux non remboursés par le R.O - par œil - par an | - |
| **SOINS COURANTS** | |
| Médicaments remboursés | 100% |
| Médicaments prescrits non remboursés par le R.O, automédication sans prescription médicale et contraception [11] - par an | - |
| **Honoraires médicaux** | |
| Consultations généralistes / spécialistes | |
| Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| Actes techniques médicaux et imagerie médicale | |
| Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| **Honoraires paramédicaux** | 100% |
| **Analyses et examens de laboratoire** | 100% |
| Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville) | OUI |
| **100% SANTÉ AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille [12]** (Renouvellement par appareil tous les 4 ans à compter du 01/01/2021) | |
| **À partir du 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé***<br>Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé) | Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements* |
| Accessoires et fournitures | 100% |
| ***DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré*** | |
| Aides auditives remboursées par le R.O<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| ***HORS RÉSEAU KALIXIA*** | |
| Aides auditives remboursées par le R.O<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| **PROTHÈSES ET APPAREILLAGES** | |
| Prothèses et appareillages - *Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | 100% |
| Renfort handicap (appareil auditif / oreille, fauteuil roulant, autres prothèses) - tous les trois ans [12] | - |
| **MÉDECINE DE PRÉVENTION** | |
| Cure thermale en France remboursée par le R.O (Forfait global incluant honoraires, traitement thermal, hébergement et transport) - par an<br>*Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion* | - |
| Consultation d'un ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, d'aptitude à la pratique d'un sport, étiopathe, mésothérapeute, pédicure-podologue - par séance, et dans la limite de 3 séances par an [13] | - |
| Sevrage tabagique sur prescription médicale et sur facture - par an | - |
| Vaccins non remboursés par le R.O - par an | - |
| **SERVICES** | |
| Questionnaire de santé | Aucun |
| Tiers payant national - Remboursements automatisés (télétransmission) | Viamedis - Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé |
| Assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, ect.) | Bénéficiez de l'assistance dès la date d'effet de votre contrat santé |
| Téléconsultation et deuxième avis médical | Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat santé |

V11.2024

**Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, TM = Ticket Modérateur, R.O = Régime Obligatoire (Sécurité sociale).**

Les prestations sont exprimées remboursement de la Sécurité sociale inclus, par bénéficiaire, lorsque Malakoff Humanis Mutuelle intervient.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites des Conditions générales, elles ne sauraient s'y substituer.

[1] En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.

[2] Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L174-6 du Code de la Sécurité sociale et à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[3] En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

[4] Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 30 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

[5] SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

[6] Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

[7] Couronnes unitaires et piliers de bridge sur dents reconstituables durablement

[8] Renouvellement par équipement (1 monture + 2 verres) :
- tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres).
- annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans révolus.
- tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ou de pathologie (selon des critères définis réglementairement).
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. Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.
Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par le R.O, est assurée a minima au ticket modérateur.

[9] Dans le cadre du RÉSEAU OPTIQUE KALIXIA, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

[10] Les lentilles prescrites « remboursées » et «non remboursées» ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Le ticket modérateur est assuré en cas d'atteinte du forfait.

[11] Médicaments délivrés en pharmacie sans ordonnance, faisant partie de la liste précisée dans les Conditions générales Article 6.3. Remboursement sur facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste précisée dans les Conditions générales Article 6.3.

[12] Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans à partir du 01/01/2021.

[13] Remboursement sur présentation d'une facture originale établie par le praticien.

* Tels que définis réglementairement. Depuis le 1er janvier 2020, vous avez accès au 100% Santé sur l'optique et une partie du panier dentaire. À partir du 1er janvier 2021, vous pouvez bénéficier du 100% Santé sur les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire. Retrouvez ci-dessous plus de précisions sur les paniers et les équipements. 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.

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

Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrise (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : http://annuairesante.ameli.fr/

Produit distribué par SANTIANE.FR – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice sous le N° 489 649 897 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 07 006 282 (www.orias.fr).
Produit assuré par MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE – Mutuelle dont le activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 718 256, dont le siège social se situe à Paris (75009), 21 rue Laffitte.
Assistance : IMA ASSURANCES – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré – RCS Niort sous le N°481 511 632 – Entreprise régie par le Code des assurances.
Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

100% SANTÉ

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)**

100% SANTÉ

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

100% SANTÉ

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

100% SANTÉ

## 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 01/01/2020.**

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

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé et les garanties non prise en charge par la Sécurité sociale) **font l'objet d'une limitation à 100% du Ticket Modérateur au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.**

Passé ce délai de trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

## HOSPITALISATION

| | | ESSENTIELLE 1 |
|---|---|---|
| Forfait journalier hospitalier | Dépense | 20€ |
| | Remboursement du RO | 0€ |
| | Remboursement Néosanté | 20€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **0€** |
| Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte | Dépense | 355€ |
| | Remboursement du RO | 247,70€ |
| | Remboursement Néosanté | 107,30€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **0€** |
| Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte | Dépense | 431€ |
| | Remboursement du RO | 247,70€ |
| | Remboursement Néosanté | 159,85€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **23,45€** |

## DENTAIRE

| | | ESSENTIELLE 1 |
|---|---|---|
| Détartrage | Dépense | 43,38€ |
| | Remboursement du RO | 26,03€ |
| | Remboursement Néosanté | 17,35€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **0€** |
| Couronne céramo-métallique sur molaires | Dépense | 554€ |
| | Remboursement du RO | 72€ |
| | Remboursement Néosanté | 108€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **374€** |
| Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire | Dépense | 500€ |
| | Remboursement du RO | 72€ |
| | Remboursement Néosanté | 428€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **0€** |
| Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires* | Dépense | 554€ |
| | Remboursement du RO | 72€ |
| | Remboursement Néosanté | 108€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **374€** |

# **EXEMPLES** DE REMBOURSEMENTS

## OPTIQUE

| | | ESSENTIELLE 1 |
|---|---|---|
| Équipement optique de la Classe A (montures + verres) de verres unifocaux | Dépense | 125€ |
| | Remboursement du RO | 20,70€ |
| | Remboursement Néosanté | 104,30€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **0€** |
| **RÉSEAU KALIXIA** | Dépense | 260€ |
| Équipement optique de la Classe B (montures + verres) de verres unifocaux | Remboursement du RO | 0,09€ |
| | Remboursement Néosanté | 100€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **159,91€** |
| **HORS RÉSEAU KALIXIA** | Dépense | 345€ |
| Équipement optique de la Classe B (montures + verres) de verres unifocaux | Remboursement du RO | 0,09€ |
| | Remboursement Néosanté | 52€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **292,91€** |

## AIDES AUDITIVES

| | | ESSENTIELLE 1 |
|---|---|---|
| Aides auditives de la Classe I par oreille | Dépense | 950€ |
| | Remboursement du RO | 240€ |
| | Remboursement Néosanté | 710€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **0€** |
| **RÉSEAU KALIXIA** | Dépense | 1226€ |
| Aides auditives par oreille* | Remboursement du RO | 240€ |
| | Remboursement Néosanté | 160€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **826€** |
| **HORS RÉSEAU KALIXIA** | Dépense | 1476€ |
| Aides auditives par oreille* | Remboursement du RO | 240€ |
| | Remboursement Néosanté | 160€ |
| | **RESTE À CHARGE** | **1076€** |

## SOINS COURANTS

| | | ESSENTIELLE 1 |
|---|---|---|
| Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires | Dépense | 26,50€ |
| | Remboursement du RO | 16,55€ |
| | Remboursement Néosanté | 7,95€ |
| | **RESTE À CHARGE**** | **2€** |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires | Dépense | 31,50€ |
| | Remboursement du RO | 20,05€ |
| | Remboursement Néosanté | 9,45€ |
| | **RESTE À CHARGE**** | **2€** |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO | Dépense | 52€ |
| | Remboursement du RO | 20,05€ |
| | Remboursement Néosanté | 9,45€ |
| | **RESTE À CHARGE**** | **22,50€** |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO | Dépense | 56€ |
| | Remboursement du RO | 14,10€ |
| | Remboursement Néosanté | 6,90€ |
| | **RESTE À CHARGE**** | **35€** |

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €.

** Le reste à charge inclut la particpation forfaitaire à payer par l'assuré de 2€ déduit des remboursements du Régime Obligatoire.

# NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION

Kalixia

**Kalixia vous offre la garantie de prestations de qualité et vous permet de bénéficier de son réseau de plus de 5100 opticiens partenaires qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix pour vos lunettes afin de maîtriser votre budget optique.**

ALAIN AFFLELOU · Krys · ATOL · Optic 2000 · vision plus · GrandOptical

## VOUS PROFITEZ DES CONDITIONS DE SERVICES ET DES GARANTIES DU RÉSEAU KALIXIA :

### Tarifs préférentiels pour vous

Le réseau Kalixia vous offre les meilleurs tarifs auprès des opticiens partenaires, vous permettant d'avoir accès à un large choix d'équipements intégrant les dernières innovations.

### 20% minimum sur le prix des verres et des lentilles

Jusqu'à 30% de réduction sur les verres, 20% sur les lentilles et les montures.
Accessibles dans le réseau optique Kalixia à tout assuré qui en fait la demande, les ***Offres Malin*** vous permettent de ne pas avoir de reste à payer sur une sélection de verres.

### Tiers payant dématérialisé

L'opticien communique en temps réel l'accord de prise en charge et indique l'éventuel montant restant à votre charge. Vous n'avancez ni la part du Régime Obligatoire ni la part remboursée par la complémentaire, vous ne payez que votre reste à charge.

### Services de qualité du réseau Kalixia disponibles dans les 5 100 opticiens partenaires :

- **Verres et lentilles de qualité supérieure** (65% des verres vendus sont de toute dernière génération et 77% sont équipés d'antireflets très haut de gamme)
- **Choix parmi plus d'1 million de verres et lentilles de marques référencées**
- **Opticien partout sur le territoire français** (facilement localisable grâce à l'outil de géolocalisation sur votre espace client Internet)
- **Service personnalisé :** examen de la vision, conseil, service après-vente haut de gamme...



### Bénéficiez également du réseau Kalixia audio avec des prestations de qualité auprès de plus de 3 400 centres d'audioprothésistes

- Des réductions tarifaires importantes
- Une prestation tout compris
- Un service personnalisé et un suivi régulier

# 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 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), 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 – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 07 006 282 ( www.orias.fr). Produit co-conçu et assuré par **MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS** – Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 718 256, dont le siège social se situe à Paris (75009), 21 rue Laffitte.
Assistance : IMA ASSURANCES – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 157 000 000 € entièrement libéré – RCS Niort sous le N°481 511 632 – Entreprise régie par le Code des assurances.

Produit : **NÉOSANTÉ**

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 NÉOSANTÉ 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 d'Assurance Complémentaire Santé NÉOSANTÉ est un contrat complémentaire collectif à adhésion facultative individuelle ayant pour objet le remboursement de tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.
Le produit NÉOSANTÉ 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 NÉOSANTÉ 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 montants des prestations varient en fonction du niveau de garantie choisi.
Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées. Ces informations figurent dans le tableau des garanties joint en annexe de la proposition d'assurance.

GARANTIES INCLUSES DANS TOUTES LES FORMULES :

✓ **Hospitalisation** : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire ;
✓ **Soins courants** : Consultations généraliste/spécialiste, Honoraires paramédicaux, Actes techniques médicaux et imagerie médicale, Analyse et examen de laboratoire, Participation forfaitaire de l'adhérent sur les actes techniques, Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire ;
✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles de contact prescrites et remboursées par le Régime Obligatoire ;
✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlay / Onlay, Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire, Inlay core remboursé par le Régime Obligatoire, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire ;
✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Accessoires et fournitures, Prothèses auditives de la Classe II ;
✓ **Prothèses et Appareillages** : Prothèses et appareillages

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entrainant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entrainant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
✓ **Soutien psychologique** : en cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
✓ **Avance de fond** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Lit accompagnant ;
- **Dentaire** : Implantologie, Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- **Soins courants** : Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- **Prothèses et appareillages** : Renfort Handicap ;
- **Médecines de prévention** : Cure thermale en France remboursée par le Régime Obligatoire, Consultation d'un ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, étiopathe, mésotherapeute, pédicure-podologue, d'aptitude à la pratique d'un sport, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- **Optique** : Lentilles prescrites non remboursées par le Régime Obligatoire, chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire, implants multifocaux non remboursés par le Régime Obligatoire.

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 ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

## QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les indemnités complémentaires à la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation de l'adhésion ou la date de cessation des garanties.

Cette liste n'est pas exhaustive.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :
! Les séjours en établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD).
! La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
! La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical »).

Pour la garantie d'assistance
! Les hospitalisations consécutives à des maladies non soudaines et prévisibles.
! Les décès consécutifs :
• à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales
• à la pratique, à titre professionnel, de tout sport.

Principales restrictions relatives au contrat responsable :
! Participation forfaitaire de 2 € sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
! Franchise de 4 € sur les transports sanitaires.
! Franchise de 1 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
! La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants droits sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès au dossier médical.
! Optique : La fréquence de remboursement pour un équipement optique 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.
! Honoraires médicaux : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
! Aide auditive : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties.

Autres restrictions prévues au contrat :
! Pour l'ensemble des garanties : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les trois (3) premiers mois d'adhésion ;
! Les dépenses engagées hors tiers payant et non justifiées par une facture.
! Plafonnement des prestations pour les frais de santé liés aux inlays/onlays, les prothèses dentaires, les Inlays core, l'implantologie.
! Limitation des séances de médecine additionnelle donnant lieu au versement d'un forfait au maximum 3 fois par an (ostéopathie, étiopathie, acupuncture, homéopathie…).
! Assistance : Limitation en nombre d'heures ou en montant selon le type de service mis en œuvre.

Pour la garantie d'assistance
! Aide à domicile : Prise en charge limitée à 3 heures (en une intervention) ;
! Présence d'un proche : Prise en charge de l'hébergement limité à 2 nuits ;
! Soutien psychologique : Prise en charge limitée à 5 entretiens téléphoniques ou 3 entretiens en face à face si nécessaire avec un psychologue clinicien.

Cette liste n'est pas exhaustive.

## OÙ SUIS-JE COUVERT ?

✓ Les prestations du contrat sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion.
✓ Elles sont acquises uniquement en cas d'accident ou de maladie inopinée aux assurés résidant en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion dans le cadre d'un déplacement occasionnel à l'étranger de moins de trois mois et dans la limite de six mois par année civile.

! À noter : La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical ») est exclue.

NB : Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, Monaco et Andorre) et en outre-mer. Pour plus de détails, se référer aux conditions générales d'assistance.

## 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 principalement en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et 85 ans inclus ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du régime Régime Obligatoire ;
- Fournir tout document justificatif demandé par la Mutuelle ;
- Régler la cotisation indiquée au 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, etc.) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre à l'assureur 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 aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de la souscription.
La périodicité du paiement peut etre mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

## 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 initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, 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:
- à la date de résiliation quelqu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- en cas de décès de l'Adhérent ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle.

## 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 – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**
- 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.
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.

Référence : Novembre 2024