

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 ⁽¹⁾

	PREMIUM
	2
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels
Frais de séjour en secteur conventionné ⁽³⁾ <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	Frais réels
Honoraires	
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** ⁽⁴⁾ <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	300%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** ⁽⁴⁾ <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	200%
Chambre particulière ⁽⁶⁾	
Par nuité	60€
Par jour (hospitalisation en ambulatoire)	24€
Lit d'accompagnant par jour ⁽⁴⁾	15€
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) ⁽⁵⁾	100%

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé* Soins et prothèses 100% Santé - Panier 100% Santé	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements*
SOINS	
Soins dentaires	100%
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par le R.O ⁽⁸⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100% +150€
Renfort sur orthodontie remboursée par le R.O ⁽⁸⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	150€
Orthodontie non remboursée par le R.O, sur avis du chirurgien-dentiste consultant ⁽⁹⁾ - dans la limite de 4 semestres et par bénéficiaire	175€
PROTHÈSES ET IMPLANTS	
Inlays/onlays ⁽⁹⁾ - par acte <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100% +100€
Prothèse dentaire, hors Inlay core, remboursée par le R.O ⁽⁸⁾ <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	250%
Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursées ⁽⁹⁾	50€
Inlay core remboursé par le R.O <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	175%
Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) - par implant ou couronne non remboursée par le RO ⁽⁷⁾	150€
Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontiques) par an et par bénéficiaire, années 1 et 2	1100€
Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontiques) par an et par bénéficiaire, année 3 et suivantes	1200€

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁹⁾ (1 monture + 2 verres)

Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé* 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 16^{ème} anniversaire), RÉSEAU KALIXIA ⁽⁹⁾ - Tarifs négociés et reste à payer minoré	
Par verre simple - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	45€
Par verre complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100€
Par verre très complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150€
Une monture de lunettes	70€
ENFANT (jusqu'à 15 ans révolus), RÉSEAU KALIXIA ⁽⁹⁾ - Tarifs négociés et reste à payer minoré	
Par verre simple - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	40€
Par verre complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	90€
Par verre très complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100€
Une monture de lunettes	50€
Bonus RÉSEAU KALIXIA : par verre en cas de non consommation durant 3 années civiles consécutives - Majoration de la prestation	+10%
ADULTE (à compter du 16^{ème} anniversaire), HORS RÉSEAU KALIXIA	
Par verre simple - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	30€
Par verre complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	85€
Par verre très complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	110€
Une monture de lunettes	40€
ENFANT (jusqu'à 15 ans révolus), HORS RÉSEAU KALIXIA	
Par verre simple - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	20€
Par verre complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	75€
Par verre très complexe - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	85€
Une monture de lunettes	40€

AUTRES POSTES OPTIQUES	PREMIUM
	2
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 %
Lentilles prescrites remboursées par le R.O ⁽¹⁰⁾ - par an <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	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	200€
Implants multifocaux non remboursés par le R.O - par œil - par an	200€

SOINS COURANTS

Médicaments remboursés	100%
Médicaments prescrits non remboursés par le R.O, automédication sans prescription médicale et contraception ⁽¹¹⁾ - par an	30€
Honoraires médicaux	
Consultations généralistes / spécialistes	
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150% /200%
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100% /125%
Actes techniques médicaux et imagerie médicale	
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150%
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	130%
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

 **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* 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 <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	220%
HORS RÉSEAU KALIXIA	
Aides auditives remboursées par le R.O <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150%

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Prothèses et appareillages - <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	150%
Renfort handicap (appareil auditif / oreille, fauteuil roulant, autres prothèses) - tous les trois ans ⁽¹²⁾	400€

MÉDECINE DE PRÉVENTION

Cure thermale en France remboursée par le R.O (Forfait global incluant honoraires, traitement thermal, hébergement et transport) - par an <i>Limitation à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion</i>	100% +200€
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⁾	25€
Sevrage tabagique sur prescription médicale et sur facture - par an	30€
Vaccins non remboursés par le R.O - par an	30€

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

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 Spécialisée, 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 16^{ème} 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://annuaire.sante.ameli.fr/>



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 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

Forfait journalier hospitalier

	PREMIUM 2
Dépense	20€
Remboursement du RO	0€
Remboursement Néosanté	20€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	355€
Remboursement du RO	247,70€
Remboursement Néosanté	107,30€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	431€
Remboursement du RO	247,70€
Remboursement Néosanté	183,30€
RESTE À CHARGE	0€

Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte

Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte

DENTAIRE

Détartrage

	PREMIUM 2
Dépense	43,38€
Remboursement du RO	26,03€
Remboursement Néosanté	17,35€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	554€
Remboursement du RO	72€
Remboursement Néosanté	228€
RESTE À CHARGE	254€
Dépense	500€
Remboursement du RO	72€
Remboursement Néosanté	428€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	554€
Remboursement du RO	72€
Remboursement Néosanté	228€
RESTE À CHARGE	254€

Couronne céramo-métallique sur molaires

Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaires

Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires*



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

Équipement optique de la Classe A (montures + verres) de verres unifocaux



	PREMIUM 2
Dépense	125€
Remboursement du RO	20,70€
Remboursement Néosanté	104,30€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	260€
Remboursement du RO	0,09€
Remboursement Néosanté	160€
RESTE À CHARGE	99,91€
Dépense	345€
Remboursement du RO	0,09€
Remboursement Néosanté	100€
RESTE À CHARGE	244,91€

RÉSEAU KALIXIA

Équipement optique de la Classe B (montures + verres) de verres unifocaux

HORS RÉSEAU KALIXIA

Équipement optique de la Classe B (montures + verres) de verres unifocaux

AIDES AUDITIVES

Aides auditives de la Classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)



	PREMIUM 2
Dépense	950€
Remboursement du RO	240€
Remboursement Néosanté	710€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	1226€
Remboursement du RO	240€
Remboursement Néosanté	640€
RESTE À CHARGE	346€
Dépense	1476€
Remboursement du RO	240€
Remboursement Néosanté	360€
RESTE À CHARGE	876€

RÉSEAU KALIXIA

Aides auditives par oreille*

HORS RÉSEAU KALIXIA

Aides auditives par oreille*

SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO

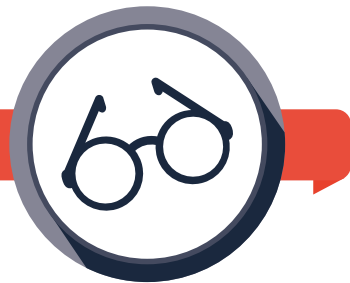
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO

	PREMIUM 2
Dépense	26,50€
Remboursement du RO	16,55€
Remboursement Néosanté	7,95€
RESTE À CHARGE**	2€
Dépense	31,50€
Remboursement du RO	20,05€
Remboursement Néosanté	9,45€
RESTE À CHARGE**	2€
Dépense	52€
Remboursement du RO	20,05€
Remboursement Néosanté	29,95€
RESTE À CHARGE**	2€
Dépense	56€
Remboursement du RO	14,10€
Remboursement Néosanté	12,65€
RESTE À CHARGE**	29,25€

* 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 participation forfaitaire à payer par l'assuré de 2€ déduit des remboursements du Régime Obligatoire.

NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION



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.



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.



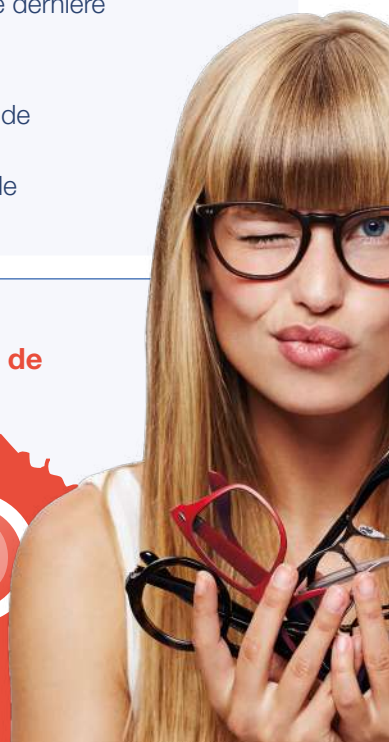
Services de qualité du réseau Kalixia disponibles dans les 5 100 opticiens partenaires :

- **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.orient.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.orient.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 NEOSANTÉ 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 NEOSANTÉ 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 NEOSANTÉ 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 entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Soutien psychologique** : en cas d'événements 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 thermique en France remboursée par le Régime Obligatoire, Consultation d'un ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, étio-pathe, mésothérapeute, 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 (EHPAD).
- ! 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, étio-pathe, 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 être 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 1^{er} 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 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 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.