



TABLEAU DES GARANTIES

Linea Vitalité

Adhésion possible à partir de 18 ans sans limite d'âge

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

HOSPITALISATION		LV2
SECTEUR CONVENTIONNÉ		
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾		125 %
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	120 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	140 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %
Chambre particulière ⁽³⁾ (hors ambulatoire)		20 € / jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	25 € / jour
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	30 € / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾		100 %
BONUS FIDÉLITÉ	Après 6 mois : Lit accompagnant ⁽³⁾	10 € / jour
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ		
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾		100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 %
Honoraires		
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)		100 %

DENTAIRE

À partir du 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, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾		100 %
Orthodontie remboursée par le RO		125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	150 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	175 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres		
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO		125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	150 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	175 %
Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontologie et Orthodontie non pris en charge par le RO		-
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion et suivantes	50 € / an
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾		-
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion et suivantes	-

OPTIQUE ⁽⁷⁾

À partir du 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

CARTE BLANCHE	Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁸⁾	
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) :		
Monture		100 % + 50 €
Verres***	2 verres simples	100 % + 50 €
	1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe	100 % + 100 €
	2 verres complexes / très complexes	100 % + 150 €
BONUS FIDÉLITÉ	Applicable sur les verres à partir de la 3 ^e année	50 €
	Applicable sur les verres à partir de la 5 ^e année et suivantes	75 €
Lentilles remboursables par le RO		100 % + 50 €
Lentilles non remboursables par le RO		50 €

SOINS COURANTS

LV2

Médicaments	100%
Honoraires médicaux	
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :	
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	125%
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%
Actes d'imagerie et actes d'échographie :	
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%
Honoraires paramédicaux	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%
Matériel médical	
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100%

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION

Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicure ⁽⁹⁾ (prise en charge 25 € / consultation / bénéficiaire)	50 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES

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**
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursement automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la date d'effet de votre contrat santé

L'assureur des garanties santé est l'Équité.

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). – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 24 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005. 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.

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.

(2) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge pour le conjoint, les ascendants et les descendants.

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

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

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

(7) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.

La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

(8) Retrouvez plus de précisions sur les avantages du réseau Carte Blanche dans votre notice d'information. La formule Vitalité 1 ne dispose pas de l'offre Prysm (zéro reste à charge).

(9) Forfait, par an et par bénéficiaire, pris en charge sur présentation d'une facture acquittée.

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

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Les paniers 100% Santé entreront en vigueur au 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et au 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



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.

1er janvier 2020

1er janvier 2021



Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier optique ⁽¹⁾



Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire ⁽²⁾ (prothèses fixes uniquement)



-250€ supplémentaires en moyenne par aide auditive



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 (à partir du 01/01/2021)



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-réverbation



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 au 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 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

LV2

Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	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	271,70 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	0 €
	RESTE À CHARGE	83,30 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	271,70 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	0 €
	RESTE À CHARGE	159,30 €

DENTAIRE

LV2

Détartrage	DÉPENSE	28,92 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20,24 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	8,68 €
	RESTE À CHARGE	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*	DÉPENSE	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	66 €
	RESTE À CHARGE	388,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	DÉPENSE	538,70 €
	REMBOURSEMENT DU RO	75,25 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	59,13 €
	RESTE À CHARGE	404,32 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire	DÉPENSE	500 €
	REMBOURSEMENT DU RO	84 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

LV2

Équipement optique de classe A (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	125 €
	REMBOURSEMENT DU RO	22,50 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	102,50 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	0 €
Équipement optique de classe B (montures + verres) de verres unifocaux	DÉPENSE	345 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0,09 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	100,06 €
	RESTE À CHARGE	244,85 €

AIDES AUDITIVES

LV2

Aides auditives de classe I par oreille (À compter du 01/01/2021)	DÉPENSE	1100 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	890 €
	100% SANTÉ RESTE À CHARGE	0 €
Aides auditives de classe II par oreille* (À compter du 01/01/2020)	DÉPENSE	1 476 €
	REMBOURSEMENT DU RO	210 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	140 €
	RESTE À CHARGE	1 126 €

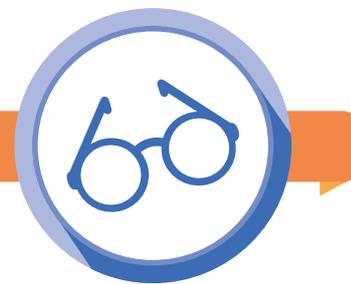
SOINS COURANTS

LV2

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	16,50 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	20 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	16,50 €
	RESTE À CHARGE	7,50 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	15,10 €
	REMBOURSEMENT LINEA VITALITÉ	6,90 €
	RESTE À CHARGE	34 €

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

NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION



Carte Blanche vous offre la garantie de prestations de qualité et vous permet de bénéficier de son réseau de plus de 7 700 opticiens qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix pour vos lunettes afin de maîtriser votre budget optique.



VOUS PROFITEZ DES CONDITIONS DE SERVICE ET DES GARANTIES DU RÉSEAU CARTE BLANCHE :



Tarifs préférentiels pour vous

Carte Blanche et Linea ont négocié pour vous les meilleurs tarifs auprès des opticiens partenaires.



Grand choix de verres et de lentilles

Plus de 50 000 références de verres avec des tarifs entre 35 à 40% inférieurs en moyenne aux prix du marché. Plus de 3 500 références de lentilles avec des tarifs à 15% inférieurs en moyenne aux prix du marché.



Tiers payant dématérialisé

L'opticien communique en temps réel l'accord de prise en charge de Linea 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 Carte Blanche disponibles dans les 7 700 opticiens partenaires :

- **Garantie casse verres et monture** de 2 ans avec une franchise qui ne peut excéder 40% du prix initialement payé
- **Garantie adaptation des verres unifocaux et multifocaux** de 6 mois
- **Traitement antireflet** garanti 2 ans
- **Garantie adaptation et déchirure des lentilles** de 3 mois
- **Services + (disponibles uniquement chez certains opticiens) :**
Accueil enfants (0-6 ans) ; Contactologie ; 2^{ème} équipement à 1 € ; Garanties casse des verres avec une franchise réduite ; Garantie déchirure ou adaptation lentilles jusqu'à 6 mois



Offre « Carte Blanche - Prysme » : Zéro reste à charge*

Cette offre vous permet de vous équiper d'une monture + 2 verres de qualité (verres simples ou progressifs) sans reste à charge chez tous les opticiens partenaires Carte Blanche.



Cette offre s'applique avec un équipement composé :

- d'une « monture » fabriquée en France (au choix sur une sélection de 36 montures)
- de deux verres des fabricants mondialement reconnus :

Cette offre ne s'applique pas aux cas suivants : Options sur les verres sauf le précalibrage, Cylindres > 4, changement d'un ou de deux verres sans monture, verres minéraux, verres spéciaux, doubles et triples foyers, combinaison d'un verre simple foyer avec un progressif, changement d'une monture sans verres, enfants de moins de 8 ans, Lentilles.

*Sous conditions de garantie à voir avec votre opticien.

Comment trouver un Opticien partenaire Carte Blanche et connaître ses avantages particuliers ?

- 1 **Connectez-vous à l'espace client sur le site <https://www.monsantiane.fr/> connexion** avec votre identifiant et votre mot de passe. Dans la partie **Mes services**, cliquez sur « **Trouver un opticien partenaire** ».
- 2 **Une fois sur le site Carte Blanche**, rendez-vous dans la rubrique « **Annuaire** » puis « **Professionnels de santé partenaires** ».
- 3 **Filtrez** votre recherche avec les services souhaités.
- 4 **Rendez-vous chez votre opticien** et présentez votre carte de tiers payant.



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu par LINEA VITALITÉ (une marque de Néoliane Santé & Prévoyance) - intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) et assuré par L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : **LINEA VITALITÉ**

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 LINEA VITALITÉ 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 LINEA VITALITÉ est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit LINEA VITALITÉ 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'assuré.

Le produit LINEA VITALITÉ est conforme au dispositif «100% Santé» qui permet à l'assuré de bénéficier, à partir du 1er janvier 2020, d'un zéro reste à charge sur une sélection d'équipements en optique et sur une partie des prothèses en dentaire, et à partir du 1er janvier 2021 pour les aides auditives.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation :

- Secteur conventionné : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport ;
- Secteur non conventionné ;

Dentaire : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie 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 (y compris lentilles jetables) ;

Soins courants : Médicaments (dont forfait médicament non remboursé par le RO), Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;

Médecine naturelle et prévention : Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire, Médecines naturelles

Aides auditives : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation : Chambre particulière, Lit accompagnant ;

Dentaire : Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire

Optique : Lentilles non remboursables

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Réseau de soins Carte Blanche (plus de 7 700 opticiens qui garantissent le meilleur rapport qualité/prix) ;

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

Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES :

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ❌ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ❌ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ❌ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- ❌ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;

! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;

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

! La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

! Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière et lit accompagnant** : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours ;

! **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR)

! **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 ;

! **Aides auditives** : À compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Référence : 08/2019



Où suis-je couvert ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'adhérent s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Être âgés à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans un délai de 15 jours suivant leur survenance: changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion. L'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.