



Hospisanté

TABLEAU DES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 55 ans et sans limite d'âge

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Sauf mention explicite contraire, les forfaits exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par Assuré.

L'Équité



Produit
non responsable

HOSPITALISATION

La carence et les limitations ne sont pas appliquées en cas d'accident ^{(1) (2)}

SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)

	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Forfait journalier hospitalier Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour remboursés par le RO ⁽³⁾ Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* Limitées à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	150 %	300 %	400 %	100 %	300 %	400 %
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽⁴⁾ Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion	40 €/jour	75 €/jour	90 €/jour	45 €/jour	75 €/jour	90 €/jour
Lit accompagnant enfant et adulte Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion	5 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour

SOINS COURANTS

MÉDICAMENTS	-	-	-	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES MÉDICAUX						
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	-	-	-	100 %	150 %	250 %

DENTAIRE

◆ Néoliane Hospisanté ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.

OPTIQUE

◆ Néoliane Hospisanté ne prend pas en charge le remboursement des frais optiques.

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Téléconsultation	Service inclus et disponible dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux, ect.)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

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. 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 160-13 du Code de la Sécurité Sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux remboursements 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) L'hospitalisation est prise en charge dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux (dont les maisons d'accueil spécialisées), à l'exception des unités ou centres de soins de longue durée (USLD). Pour en savoir plus sur les établissements exclus, nous vous invitons à vous référer à l'article 11 de la Notice d'Information. Un délai de carence de trois (3) mois et des limitations sont appliqués sur le poste hospitalisation à compter de la prise de la date d'effet du contrat, sauf en cas d'accident. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du Ticket Modérateur et les forfaits chambre particulière et lit accompagnant seront nuls.
- (2) Un délai de carence de douze (12) mois est établi pour les frais engagés dans un centre de convalescence.
- (3) Les frais de séjour sont limités à 400% BR en hospitalisation non conventionnée.
- (4) La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de soixante (60) jours, par an et par bénéficiaire pour toutes les formules.

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

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.

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

	FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)						CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Dépense	20 €						NC					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Hospisanté	20 €						40 €	75 €	90 €	45 €	75 €	90 €
Reste à charge	0 €						Selon dépense engagée					

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ Séjours avec actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Dépense	835,60 €					
Remboursement du RO	811,60 €					
Remboursement Hospisanté	24 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
835,60 € (dont 24 € de participation forfaitaire, pour toute opération d'au moins 120 €)

	OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Dépense	355 €						447 €					
Remboursement du RO	271,70 €						271,70 €					
Remboursement Hospisanté	83,30 €		0 €		83,30 €		135,85 €	175,30 €		0 €		175,30 €
Reste à charge	0 €		83,30 €		0 €		39,45 €	0 €		175,30 €		0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
271,70 €

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC Séjours sans actes lourds. L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Dépense	3 541 €					
Remboursement du RO	2 832,80 €					
Remboursement Hospisanté	708,20 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

SOINS COURANTS

	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
	Dépense 30 €					
	Remboursement du RO 19 €					
	Remboursement HospiSanté 0 €			9 €		
Reste à charge 11 €			2 €			
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30 €						

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Dépense 35 €					
Remboursement du RO 24,50 €					
Remboursement HospiSanté 0 €			10,50 €		
Reste à charge 10,50 €			0 €		
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 35€					

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
	Dépense 37€					
	Remboursement du RO 23,90 €					
	Remboursement HospiSanté 0 €		11,10 €			
Reste à charge 13,10 €		2 €				
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 37 €						

CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
Dépense 50 €					
Remboursement du RO 24,50 €					
Remboursement HospiSanté 0 €		10,50 €		25,50 €	
Reste à charge 25,55 €		15 €		0 €	
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 35 €					



HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

Dépense

Remboursement du RO

Remboursement HospiSanté

Reste à charge

54 €

37 €

0 €

11,10 €

28,10 €

30,95 €

19 €

2€

Base de remboursement du Régime Obligatoire :

37 €

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE

Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

54 €

37 €

0 €

11,10 €

28,10 €

30,95 €

19 €

2€

Base de remboursement du Régime Obligatoire :

37 €

CONSULTATION PÉDIATRE

Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)

HS1

HS2

HS3

HS4

HS5

HS6

55 €

16,10 €

0 €

6,90 €

18,40 €

38,90 €

38,90 €

32 €

20,50 €

0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :

23 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
	HS1	HS2	HS3	HS4	HS5	HS6
	Dépense 57 €					
	Remboursement du RO 14,10 €					
	Remboursement HospiSanté 0 €		6,90 €	18,40 €	40,90 €	
Reste à charge	41,90 €		36 €	24,50 €	2 €	
Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23 €						

⚠ Pas d'exemple de remboursement sur les postes optiques, dentaires et audioprothèses. Le produit Néoliane HospiSanté ne prend pas en charge les frais optiques, dentaires et en audioprothèses et ne propose pas le remboursement des paniers 100% Santé.



LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation par accident

Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence.

Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

À partir de 2,98 € par mois, vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 200 €/jour
- Durée maximum de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 82 ans inclus
- Possibilité d'assurer vos enfants



	Allocation	Cotisation mensuelle par Assuré ⁽¹⁾
IJ 15	15 € /jour	2,98 €
IJ 20	20 € /jour	3,41 €
IJ 25	25 € /jour	3,84 €
IJ 40	40 € /jour	5,13 €
IJ 50	50 € /jour	6,00 €
IJ 60	60 € /jour	6,86 €
IJ 70	70 € /jour	7,72 €
IJ 75	75 € /jour	8,16 €
IJ 80	80 € /jour	8,59 €
IJ 90	90 € /jour	9,45 €
IJ 100	100 € /jour	10,31 €
IJ 110	110 € /jour	11,18 €
IJ 120	120 € /jour	12,04 €
IJ 125	125 € /jour	12,47 €
IJ 130	130 € /jour	12,90 €
IJ 140	140 € /jour	13,77 €
IJ 150	150 € /jour	14,63 €
IJ 160	160 € /jour	15,49 €
IJ 175	175 € /jour	16,79 €
IJ 180	180 € /jour	17,22 €
IJ 190	190 € /jour	18,08 €
IJ 200	200 € /jour	18,95 €



Caractéristiques de l'offre IJH :

- ✓ Aucune formalité médicale
- ✓ Franchise de 24 heures
- ✓ Allocation totalement exonérée d'impôts
- ✓ Formule cumulable à tout type de garantie
- ✓ Offre accessible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

(1) Tarifs en vigueur au 01/07/2024



LES SOLUTIONS POUR LA PRÉVOYANCE

CAPITAL DÉCÈS et PTIA* par accident

Cette formule couvre les risques de décès et de perte totale d'autonomie suite à un accident. La garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident est la solution pour mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.

* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

À partir de 3,86 € par mois,

protégez votre famille grâce au versement d'un capital décès :

- Versement d'un capital décès allant jusqu'à 100 000€
- Formule accessible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion
- Couverture jusqu'à l'âge de 80 ans inclus pour le capital décès et 65 ans inclus pour la PTIA
- Assistance complète et rapatriement de corps en France métropolitaine en cas de décès à l'étranger



	Capital versé	Cotisation mensuelle de 18 à 64 ans ⁽¹⁾
C 10	10 000€	-
C 12	12 000€	-
C 15	15 000€	3,86 €
C 20	20 000€	4,70 €
C 25	25 000€	5,54 €
C 30	30 000€	6,38 €
C 35	35 000€	7,22 €
C 40	40 000€	8,06 €
C 50	50 000€	9,74 €
C 60	60 000€	11,42 €
C 70	70 000€	13,10 €
C 75	75 000€	13,94 €
C 80	80 000€	14,78 €
C 90	90 000€	16,46 €
C 100	100 000€	18,14 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/07/2024 - (2) Dans les limites fiscales en vigueur



Caractéristiques de l'offre Capital Décès/PTIA :

- ✓ Aucune formalité médicale
- ✓ Aucun délai de carence
- ✓ Capital exonéré de droits de succession⁽²⁾
- ✓ Capital versé aux bénéficiaires désignés par vos soins
- ✓ Versement par anticipation en cas de PTIA