

« NOVÉA » Garantie frais de santé

Tableau des garanties

	RO*	Novéa Initiale RO* + RC**	Novéa Essentielle RO* + RC**	Novéa Confort RO* + RC**	Novéa Intégrale RO* + RC**	Novéa Excellence RO* + RC**
Les garanties décrites ci-dessous ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits "responsables" mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Les actes 100% Santé ne sont pas remboursés. Les garanties exprimées en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO*) comprennent le remboursement du Régime Obligatoire. Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par année d'adhésion et par assuré.						
HOSPITALISATION						
SECTEUR CONVENTIONNÉ						
Séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾	80 ou 100% ⁽¹⁾	Frais réels				
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 ou 100% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	Frais réels				
Chambre particulière - par jour par assuré dans la limite de 30 jours ⁽⁵⁾ - hors ambulatoire	-	Néant	20€	30€	40€	60€
Bonus Fidélité après 1 an d'adhésion	-	Néant	30€	40€	50€	70€
Lit accompagnement (enfant de - 16 ans) - par jour par assuré dans la limite de 10 jours	-	Néant	10€	15€	15€	20€
Confort hospitalier (tv, internet...) - par jour par assuré dans la limite de 10 jours	-	Néant	Néant	10€	10€	10€
Séjours en soins médicaux et de réadaptation (SMR), psychiatrie ⁽⁶⁾						
Frais de séjour ⁽³⁾	80 ou 100% ⁽¹⁾	Frais réels				
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 ou 100% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾				
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	Frais réels				
Chambre particulière - par jour par assuré dans la limite de 30 jours en soins médicaux et de réadaptation et 10 jours en psychiatrie ⁽⁵⁾	-	Néant	Néant	20€	30€	50€
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾	80 ou 100% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 ou 100% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	Frais réels				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux - Médecins généralistes	70%	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Honoraires médicaux - Médecins spécialistes	70%	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Honoraires médicaux - Actes médicaux, imagerie médicale	70%	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Honoraires paramédicaux	60%	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Analyses et examens en laboratoire	60%	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Forfait Patient Urgence et actes lourds ⁽⁷⁾	-	Frais réels				
Transport ⁽⁸⁾	55 ou 65% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾				
Médicaments prescrits remboursés par le RO*	De 15 à 65% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾				
Médicaments prescrits non remboursés par le RO*	-	Néant				
Bonus Fidélité après 1 an d'adhésion	-	Néant	10€	20€	25€	35€
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, et petit appareillage (hors prothèses capillaires) pris en charge par le RO*	60 ou 100% ⁽¹⁾	Néant	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾
Prothèses capillaires et accessoires textiles de classes 3 et 4 ⁽⁹⁾ pris en charge par le RO*	60%	Néant	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et prises en charge par le RO*	De 60 à 100% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾				
BIEN-ÊTRE						
Psychologues conventionnés pris en charge par le RO* (dispositif Mon Psy)	-	Aucun remboursement				
Médecines douces : ostéopathie, chiropraxie, pédicurie, podologie, homéopathie	-	Néant	Néant	Néant	40€	60€
Bonus Fidélité après 1 an d'adhésion	-	Néant	30€	40€	50€	80€
Cures thermales - Soins pris en charge par le RO*	65 ou 70% ⁽¹⁾	Néant	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾
Cures thermales - Forfait hébergement et transport - par an par assuré	-	Néant	Néant	50€	75€	100€
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% santé	-	Aucun remboursement				
Soins dentaires, Inlays-Onlays	60%	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Inlays core, prothèses dentaires, parodontologie, pris en charge par le RO*	60%	Néant	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Orthodontie prise en charge par le RO*	60 ou 100% ⁽¹⁾	100% BR ⁽²⁾	100% BR ⁽²⁾	120% BR ⁽²⁾	150% BR ⁽²⁾	200% BR ⁽²⁾
Dentaire non pris en charge par le RO* - Plafond par an par assuré ⁽¹⁰⁾	-	Néant	Néant	100€	150€	250€
Bonus Fidélité après 1 an d'adhésion	-	Néant	100€	150€	200€	350€
Plafond valable par année d'adhésion par assuré sur l'ensemble du poste dentaire. Au-delà du plafond la prise en charge est limitée au ticket modérateur.	-	Néant	500€	800€	1000€	1100€

	RO*	Novéa Initiale RO* + RC**	Novéa Essentielle RO* + RC**	Novéa Confort RO* + RC**	Novéa Intégrale RO* + RC**	Novéa Excellence RO* + RC**
OPTIQUE (11)						
Équipements 100% santé	-	Aucun remboursement				
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	60%	Néant	50€	100€	150€	250€
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	60%	Néant	100€	200€	300€	450€
Lentilles prescrites prises en charge par le RO* - par an par assuré	60%	Néant	100% BR (2)	100% BR (2)	100% BR (2)	100% BR (2)
Forfait lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO* Bonus Fidélité après 1 an d'adhésion	60% ou néant (1)	Néant	100% BR (2) + 50€	100% BR (2) + 75€	100% BR (2) + 120€	100% BR (2) + 120€
SERVICES						
Tiers payant Viamédis	-	Inclus				
Espace client	-	Inclus				

*RO : Régime Obligatoire

**RC : Régime Complémentaire

(1) Selon la nature des soins.

(2) BR : Base de Remboursement.

(3) Illimité. 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, maisons de rééducation, de repos ou de convalescence) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(4) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des services de soins médicaux et de rééducation (SMR) où la durée est limitée à 30 jours et aux services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés où la durée est limitée à 10 jours. En revanche, le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les unités de soins longue durée (USLD) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), n'est pas pris en charge.

(5) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours dans les établissements de santé sauf exception : 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. Hors chambre ambulatoire qui est exclue.

(6) Un Délai de carence de 60 jours à compter de la prise d'effet des garanties s'applique pour l'ensemble des actes du poste Hospitalisation s'il s'agit d'une hospitalisation pour un motif psychiatrique ou assimilé (frais de séjour, forfait journalier, chambre particulière...).

(7) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

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

(9) Sont pris en charge au titre de ce poste uniquement les prothèses capillaires de classe 3 et 4, en complément du régime obligatoire dans la limite du prix limite de vente (classe 3).

(10) Sont pris en charge au titre de ce poste, les prestations prescrites non remboursées par le RO* suivantes : les prothèses, la parodontologie, l'implantologie et l'orthodontie.

(11) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.