



	HOSPI	F1	F2	F3	F4	F5	F6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾							
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	150%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO	130%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Chambre particulière ⁽²⁾	40€ / jour	-	40€ / jour	45€ / jour	55€ / jour	65€ / jour	80€ / jour
Frais accompagnant, télévision, téléphone et internet (20 jours par événement)	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	15€ / jour	20€ / jour
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MÉDECINE COURANTE							
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO : médecins généralistes et spécialistes, radiologie, rééducation, actes techniques médicaux.	-	100%	100%	130%	150%	200%	250%
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO : médecins généralistes et spécialistes, radiologie, rééducation, actes techniques médicaux.	-	100%	100%	110%	130%	180%	200%
Auxiliaires médicaux, laboratoire	-	100%	100%	130%	150%	200%	250%
Médecines complémentaires non prises en charge par le RO : ostéopathes, pédicures, podologues, acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues	-	50€ / an	50€ / an	75€ / an	100€ / an	125€ / an	150€ / an
Pharmacie et homéopathie remboursées par le RO	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie non remboursée (prescrite ou non), vaccins prescrits non remboursés, glucomètre, autotensiomètre ⁽³⁾	-	-	15€ / an	20€ / an	30€ / an	40€ / an	50€ / an
OPTIQUE							
Équipement optique remboursé par le RO ⁽⁴⁾ (forfait € tous les 2 ans) :							
• avec au moins 1 verre complexe ou très complexe	-	100%	200€	250€	300€	350€	450€
• avec verres simples	-	100%	100€	150€	200€	250€	300€
Lentilles remboursées ou non par le RO (forfait € par an)		100%	100% + 50€	100% + 75€	100% + 100€	100% + 125€	100% + 150€
Chirurgie réfractive (forfait € par an)	-	-	100€	150€	200€	250€	300€
DENTAIRE							
Soins dentaires, orthodontie, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par le RO	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Prothèses dentaires, inlays – onlays, inlay-core, implantologie remboursés par le RO	-	100%	150%	175%	225%	275%	325%
→ Bonus fidélité	-				+25% dès la 3 ^{ème} année		
Plafond annuel (hors soins et hors dentaire non remboursé)							
• 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	-	Illimité	Illimité	Illimité	800€	1 100€	1 600€
• à partir de la 3 ^{ème} année	-	Illimité	Illimité	Illimité	1 400€	1 600€	2 100€
Forfait dentaire non remboursé par le RO (hors plafond)	-	-	-	100€	150€	200€	300€
APPAREILLAGE, PREVENTION & CURES THERMALES							
Prothèses auditives (forfait € tous les ans)	-	100%	100% + 125€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€	100% + 300€
Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés ou non par le RO (forfait € par an)	-	100%	100% + 75€	100% + 100€	100% + 125€	100% + 150€	100% + 200€
Forfait prévention ⁽⁵⁾	-	50€ / an	50€ / an	50€ / an	50€ / an	50€ / an	50€ / an
Cures thermales remboursée par le RO	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement, transport et dépassements de soins	-	-	75€ / an	100€ / an	125€ / an	150€ / an	200€ / an
ASSISTANCE & SERVICES							
Téléconsultation et Assistance 7j/7 24h/24	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télétransmission des décomptes	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Carte de Tiers Payant ⁽⁶⁾	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

RO = Régime Obligatoire. OPTAM ou OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et comprennent le remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits optiques intègrent le Ticket Modérateur. Les garanties du contrat sont responsables et répondent à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. Les forfaits sont payables une fois par année d'assurance et par bénéficiaire. (1) En secteur non conventionné, prise en charge des frais de séjour à hauteur de 100% de la base de la sécurité sociale. (2) Durée illimitée en médecine, chirurgie. Limités à 30 jours par an pour les séjours en convalescence, rééducation, réadaptation fonctionnelle. Pas de prise en charge de la chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique, gériatrie. (3) Montant maximal accordé au titre de l'ensemble des dépenses listées. (4) Un équipement optique (monture + verres) par bénéficiaire tous les 2 ans à compter de la date d'effet du contrat, rapportée à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs. Monture prise en charge dans le forfait optique à hauteur de 150€ maximum. (5) Forfait prévention : détartrage, ostéodensitométrie... Liste complète : article 12-1 de la Notice d'information. (6) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche et selon formule de garantie. Dans tous les cas, les exclusions, limitations, conditions prévues aux conditions générales s'appliquent ; se référer à la notice d'information et à la convention d'assistance.

Document non contractuel

COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

Pour chaque dépense de santé que vous faites, votre Régime Obligatoire vous rembourse une partie, puis votre mutuelle santé se base sur ce remboursement pour apporter un complément.

Découvrez comment Vitaneor 2 et votre Régime Obligatoire vous remboursent*, avec ces quelques exemples :

	REMBOURSEMENT DE L'ASSURÉ (mutuelle + régime obligatoire) *						
	HOSPFI	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Consultation d'un médecin généraliste dans le cadre de l'OPTAM, pratiquant un dépassement d'honoraires	16.50€	25€	25€	32.50€	37.50€	50€	62.50€
Pose d'une couronne dentaire (HBLD036)	75.25€	107.50€	161.25€	188€	241€	295€	349€
Achat d'une paire de lunettes avec verres progressifs (sphère de -4.00 à +4.00)	4.39€	7.32€	204€	254€	304€	354€	454€
Achat d'un appareil auditif, la 2 ^{ème} année	119.83€	199€	324€	349€	399€	449€	499€

* Remboursement mutuelle + régime obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré, hors contribution forfaitaire retenue et franchise médicale qui restent à la charge de l'assuré. Ainsi, le remboursement effectué ne peut excéder la somme versée par l'assuré lors du règlement de l'acte de santé.

LES + VITANEOR 2

- Effet immédiat des garanties
- Forfait journalier illimité
- Pas de délai de carence (sauf formule hospfi)
- Aucune formalité médicale, pas de questionnaire de santé
- Bonus fidélité en Dentaire

COMMENT SOUSCRIRE ?

Notre offre vous a convaincu ? L'équipe d'AFI est à votre disposition, munissez-vous de votre attestation vitale et de votre relevé d'identité bancaire (RIB) et contact

PAR TÉLÉPHONE :

Votre conseiller dédié vous guidera et répondra à vos

01 83 77 57



PAR COURRIER :

Imprimez votre dossier de souscription et laissez-vous guider pour le remplir en quelques minutes !



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Produit : VitaneoR 2

Le contrat VitaneoR 2 a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

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. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit VitaneoR 2 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Formules F1 à F6

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone, hospitalisation à domicile, transport
- ✓ Médecine : honoraires, auxiliaires médicaux, laboratoires, médecines complémentaires
- ✓ Pharmacie : pharmacie et homéopathie remboursés
- ✓ Frais optiques : lunettes (monture et verres)
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire
- ✓ Appareillage (hors dentaire) : prothèses auditives, gros et petit appareillage (prothèse capillaire, semelles orthopédiques, bas de contention)
- ✓ Prévention et cures thermales : forfait prévention (dépenses de dépistage et de prévention)

AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière
Pharmacie non remboursée
Lentilles, chirurgie réfractive
Dentaire non remboursé par le régime obligatoire (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie)
Bonus fidélité prothèses dentaires, inlays - onlays, inlay-core, implantologie remboursés par le régime obligatoire
Cures thermales remboursées par le régime obligatoire

GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort Hospitalisation dès la formule F1 : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière et frais accompagnant / télévision / Internet et téléphone.

Option ECO dès la formule F2 (non cumulable avec renfort Hospitalisation) : réduction de 5% moyennant la suppression de la chambre particulière et de la pharmacie non remboursée.

Formule Hospi

LES GARANTIES PREVUES

Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone, hospitalisation à domicile, transport

LES SERVICES PREVUS

Réseau de soins Carte Blanche (hors formule Hospi) : qualité des équipements et tarifs négociés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes

- ✓ Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

- ✓ téléconsultation jusqu'à 10 consultations par an par bénéficiaire
- ✓ aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile
- ✓ rapatriement sanitaire en cas de maladie, accident ou décès à l'étranger

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Toutes formules

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'Hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD),
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites
- ✗ Les traitements par psychanalyse
- ✗ Les frais de voyage et de séjour en thalassothérapie, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- ✗ Les frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)

Formule Hospi

- ✗ Le délai d'attente est de 1 mois. Il peut être abrogé en de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.
- ✗ Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour
- ✗ Les frais de diététique (hospitalisation et traitements)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

Formule Hospi et F1 à F6

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et des 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Formule Hospi et F1 à F6

- ! Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet : les remboursements sont limités à 20 jours par hospitalisation.

Formules F1 à F6

- ! Frais dentaires : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient fonction du niveau de garantie choisi. Outre les plafonds définis pour chaque type de prestations remboursées par la Sécurité sociale (soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores) et non remboursés par la Sécurité Sociale (implantologie, prothèses, orthodontie et la parodontologie), il existe sur les niveaux de garantie les plus importants un plafond global annuel par an et par bénéficiaire soit de 800€, 1 100€ ou 1 600€ les deux premières années, portées à 1 400€, 1 600€ ou 2 100€ à compter de la 3ème année.
- ! Frais optiques : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Forfait prévention : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable dans la limite de 50€ par an.
- ! Renfort Hospitalisation : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez,

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé)
- Informer l'assureur des évènements suivants, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
 - o Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - o Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) possible sans frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, par lettre recommandée au moins 2 mois avant cette date,
- En cas de modification de la situation de votre entreprise ayant une influence directe sur les risques garantis,
- En cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.
- Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique.

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social : 7, rue Belgrand-92300 Levallois-Perret SA au capital social de 150 000 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances 391 277 878 RCS Nanterre www.swisslife.fr

Cegema

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

SA de gestion et de courtage au capital de 300 000 euros – RCS B 378 966 485 Antibes – www.cegema.com

