

fma.

SANTÉ
VITALIA



POUR UN LARGE PUBLIC
Célibataire, en couple ou en famille



DES COUVERTURES COMPLÈTES
À PRIX COMPÉTITIFS
SANS LIMITE D'ÂGE.

L'OFFRE EN SYNTHÈSE

Formules **ESSENTIELLES**

L'équilibre parfait entre niveaux de garanties et tarifs compétitifs

jusqu'à -25%

6 formules responsables
1 formule non responsable

Formules **COMPLÈTES**

la protection maximale avec un haut niveau de garanties

6 formules responsables
1 formule non responsable



LES CONDITIONS D'ACCÈS.

Pour souscrire, il faut :

- être âgé de 18 ans minimum et sans limite d'âge de souscription ;
- résider en France métropolitaine

LES BÉNÉFICIAIRES.

- conjoint(e) ou concubin(e) de 18 ans minimum
- enfants jusqu'à 18 ans ou 26 ans (études ou alternance)

➤ Les garanties & services

› Garanties « Prévention et Bien-Être »

Prise en charge des examens préventifs, médecines douces, frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermale, pharmacie et vaccins non remboursés.

› Garanties « Biens Santé »

Couverture des équipements optiques en cas de dommage accidentel.

› Services à domicile renforcés

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, taxi, garde d'enfant, assistance aux animaux de compagnie, auxiliaire de vie, livraison des courses...)

› Services d'assistance inclus

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, taxi, garde d'enfant, assistance aux animaux de compagnie, auxiliaire de vie, livraison des courses...)

› Tiers payant Almerys

Pour les soins courants, optique, vignettes pharmacie, laboratoires, radiologies, auxiliaires médicaux...

› Les formules HOSPI +

Pour les soins courants, optique, vignettes pharmacie, laboratoires, radiologies, auxiliaires médicaux...

Pas de distinction avec les signataires de l'OPTAM / OPTAM CO



BONUS

- › **Bonus fidélité** appliqué dès la 3^e année
- › **Augmentation de 25%** des garanties

BIEN-ÊTRE

- › Forfaits Médecine douce **à hauteur de 250€**
- › Applicable aux **médicaments non remboursés** et aux activités physiques

CE QUI FAIT LA DIFFÉRENCE

- + **Formules Hospi +** pour bénéficier d'une couverture complète en soins courants et hospitalisation
- + Prise en charge de la **chambre particulière** dès la formule 1 ESSENTIELLE
- + **Aucune limite d'âge** lors de la souscription

LES PLUS DU CONTRAT

- 10%
dès 2 personnes assurées / pour le régime TNS

- 15%
pour le régime Alsace Moselle




DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le champ du panier 100 % Santé*	-	Remboursement intégral					
Soins	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Inlays-onlays, Parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le champ des paniers à honoraires modérés ou libres*	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Plafond annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾					1 000€	1 200€	1 400€
À partir de la 2 ^e année	-	-	-	-	1 100€	1 300€	1 500€
À partir de la 3 ^e année					1 200€	1 400€	1 600€


AIDES AUDITIVES
AIDES AUDITIVES - Remboursement tous les quatre ans **

Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) - appareil de classe 1	-	Remboursement intégral					
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier libre (classe à prise en charge renforcée) - appareil de classe 2 ⁽⁷⁾	-	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Entretien de l'appareillage	-	100%	100%	125%	150%	175%	200%


PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE

Cures thermales : Honoraires et traitements (y compris les frais de transport et d'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Un forfait médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, homéopathie, podologie, pédicure, diététicien, naturopathe, acupuncture. Dans la limite d'un forfait annuel de :	-	25€	50€	75€	100€	125€	150€


SERVICES +

Garantie Biens santé : Couvre le montant des réparations ou coût du remplacement des équipements optiques (prix d'achat dans la limite de 250€), en cas de dommage accidentel (selon Notice séparée)	-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance (selon Convention séparée)	Oui						

DÉTAIL DES GARANTIES VITALIA - FORMULES ESSENTIELLES

Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Vente » (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur.

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : CAS (Contrat d'Accès aux Soins), OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie/Obstétrique)

(2) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle.

(3) La chambre particulière n'est pas garantie pour une hospitalisation ambulatoire et les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

(4) Sur la formule HOSPI + uniquement, un délai d'attente incompressible de 3 mois s'applique sur la chambre particulière.

(5) Prestations de prévention du contrat responsable prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(6) Au-delà des plafonds, le remboursement des actes pris en charge par la Sécurité sociale s'effectuera à 100% BR

(7) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700€ par oreille à appareiller (Article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale)

* Tels que définis réglementairement

** Période décomptée à partir de la date d'achat du dernier équipement (lunettes ou appareil auditif)

➤ Tableau de garanties



FORMULES COMPLÈTES

HOSPI +

FORMULE 1

FORMULE 2

FORMULE 3

FORMULE 4

FORMULE 5

FORMULE 6



HOSPITALISATION

Forfait journalier Hospitalier	Frais réels						
Honoraires en secteur conventionné							
> Médecins adhérents DPTAM ⁽¹⁾	200%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
> Médecins non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	200%	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Honoraires en secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	200%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Frais de séjour							
> En établissements conventionnés	Frais réels						
> En établissements non conventionnés	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de transport	200%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Chambre particulière ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾	75€ / jour	15€ / jour	30€ / jour	45€ / jour	60€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Frais d'accompagnement	20€ / jour	5€ / jour	10€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	25€ / jour	30€ / jour
Frais de télévision, téléphone et de connexion internet	5€ / jour						

BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3^e année : +25% sur le poste HOSPITALISATION**

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (Consultations généralistes / spécialistes, actes techniques médicaux et imagerie médicale)							
> Médecins adhérents DPTAM ⁽¹⁾	200%	100%	125%	150%	175%	200%	250%
> Médecins non adhérents DPTAM ⁽¹⁾	200%	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Honoraires paramédicaux	150%	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Analyses et examens de laboratoire	150%	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Médicaments	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Fauteuil roulant	200%	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3^e année : +25% sur le poste SOINS COURANTS**

FORMULES COMPLÈTES



OPTIQUE

LUNETTERIE - Remboursement tous les deux ans*** et par bénéficiaire selon les spécifications techniques du verre

Lunetterie entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé*								
(classe à prise en charge renforcée) :								
› Deux verres de classe A	-							
› Une monture de classe A	-							
› Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	-							
› Prestation d'appairage	-							
› Supplément pour verres avec filtre	-							
Lunetterie entrant dans le cadre du panier libre* (Le remboursement de la monture est plafonné à 100€)								
› Deux verres de classe B complexes ou très complexes + une monture de classe B	-	100%	200€	250€	300€	350€	400€	
› Deux verres de classe B dont au moins un verre simple + une monture de classe B	-	100%	125€	150€	175€	200€	250€	

LENTILLES & CHIRURGIE

Lentilles : acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	-	100%	100€	100€	100€	100€	100€	100€
Chirurgie réfractive toutes corrections (par an et par bénéficiaire)	-	100%	125€	150€	200€	250€	300€	



DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le champ du panier 100 % Santé*	-							
Soins	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%	
Inlays-onlays, Parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le champ des paniers à honoraires modérés ou libres*	-	100%	150%	200%	250%	300%	350%	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	-	100%	150%	200%	250%	300%	350%	
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (y compris les implants, la parodontologie, et l'orthodontie).	-	-	100€	150€	200€	250€	300€	
Forfait annuel par bénéficiaire								
Plafond par bénéficiaire ⁽⁶⁾					1 200€	1 600€	2 000€	
À partir de la 2 ^{ème} année	-	-	-	-	1 400€	1 800€	2 200€	
À partir de la 3 ^{ème} année	-	-	-	-	1 600€	2 000€	2 400€	

BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3^e année : +25% sur le poste DENTAIRE**

AIDES AUDITIVES

AIDES AUDITIVES - Remboursement tous les quatre ans ***

Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) - appareil de classe 1	-							
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier libre (classe à prise en charge renforcée) - appareil de classe 2 ⁽⁷⁾	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%	
Entretien de l'appareillage	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%	

BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3^e année : +25% sur le poste AIDES AUDITIVES**


PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE

Cures thermales : Honoraires et traitements (y compris les frais de transport et d'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	125% + 100€	150% + 125€	175% + 150€	200% + 175€	250% + 200€
Un forfait médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, homéopa-thie, podologie, pédicure, diététicien, naturopathe, acupuncture. Dans la limite d'un forfait annuel de :	-	50€	75€	100€	150€	200€	250€
Vaccins et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	15€	30€	45€	60€	75€	90€
Activités physiques sur ordonnance d'un médecin (forfait annuel par bénéficiaire)	-	10€	20€	30€	40€	50€	60€
Actes de prévention non remboursés par la Sécurité sociale (Cf. liste en annexe)	-	50€	75€	100€	125€	150€	175€
Plafond annuel par bénéficiaire Prévention & Bien être	-	100€	125€	150€	200€	250€	300€


SERVICES +

Garantie Biens santé : Couvre le montant des réparations ou coût du remplacement des équipements optiques (prix d'achat dans la limite de 250€), en cas de dommage accidentel (selon Notice séparée)	-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance (selon Convention séparée)	Oui						

DÉTAIL DES GARANTIES VITALIA - FORMULES COMPLÈTES

Hormis la formule HOSPI +, les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Vente » (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur.

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : CAS (Contrat d'Accès aux Soins), OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou OPTAM-CO (OPTAM -

Chirurgie/Obstétrique)

(2) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle.

(3) La chambre particulière n'est pas garantie pour une hospitalisation ambulatoire et les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

(4) Sur la formule HOSPI + uniquement, un délai d'attente incompressible de 3 mois s'applique sur la chambre particulière.

(5) Prestations de prévention du contrat responsable prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(6) Au-delà des plafonds, le remboursement des actes pris en charge par la Sécurité sociale s'effectuera à 100% BR

(7) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700€ par oreille à appareiller (Article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale)

* Tels que définis réglementairement

** Bonus Fidélisation : Ajout de +25% de BR sur les postes hospitalisation, soins courants hors médicaments, dentaire et autres prothèses à partir de la 3^e année de vie du contrat dans la limite des contrats responsables (les honoraires Non adhérent DPTAM seront limitées à 200% BR)

*** Période décomptée à partir de la date d'achat du dernier équipement (lunettes ou appareil auditif)