ilona

Kiwi bleu

Fiche produit - TNS santé

Kiwi bleu, c'est :

- **Garanties :**
  6 niveaux santé responsables
  3 options non responsables
- **Cibles :**
  Tout TNS quelque soit son statut
- **Territorialité :**
  France Métropolitaine, DROM & Corse
- **Limites :**
  Souscription jusqu'à 70 ans

Les + Kiwi bleu

- Niveaux jusqu'au très haut de gamme
- Tarifs très compétitifs
- Aucun délai de carence sur la base
- Non Optam jusqu'à 500%
- Forfait médecine douce avantageux
- Contrat viager même en cas de retraite
- Madelin sur la totalité de la cotisation

Choisir **Kiwi,** c'est choisir

Une plateforme 100% digitale

Une tarification éclair, des démarches entièrement dématérialisées, une gestion des contrats directement sur la plateforme... tout se passe depuis votre espace dédié.

Une gestion efficace

Parce que c'est important d'être bien accompagné, nous avons choisi Génération qui a les process de gestion les plus avancés du marché : déclaration en ligne, remboursements immédiats des prestations, espace client et application à la pointe !

Des tarifs pensés pour ne pas s'envoler

Des risques sélectionnés avec soin, des offres judicieusement segmentées, construites pour être équilibrées. Résultat, des tarifs justes avec des indexations limitées.

Des offres sans mauvaise surprise

Toutes nos offres sont construites de manière lisible et transparente. Nous incluons un résumé des garanties pour une comparaison simplifiée.
Pas de mauvaise surprise pour vos clients.
Et pour vous non plus.

Retrouvez le tableau des garanties au verso

ilona **kiwi bleu 2.0**
Garanties Santé TNS

	KIWI ANI	KIWI 1	KIWI 2	KIWI 3	KIWI 4	KIWI 5
				Remboursement total (dont RO*)		
Hospitalisation						
Honoraires médicaux & chirurgicaux						
DPTAM en secteur conventionné	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Non DPTAM en secteur conventionné ou non	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR +100% BR	200% BR +200% BR	200% BR +300% BR
Option surco non responsable - Non DPTAM - Délai d'attente de 3 mois						
Chambre particulière (1)						
Limité à 50€/jour en ambulatoire						
Établissement conventionné - par jour	30 €	70 €	80 €	100 €	120 €	150 €
Établissement non conventionné - par jour	30 €	50 €	60 €	80 €	90 €	110 €
Chambre maternité - par jour	30 €	50 €	60 €	80 € +20 €	90 € +30 €	110 € +30 €
Option surco non responsable - Chambre particulière - Délai d'attente de 3 mois						
Lit d'accompagnant	-	25€	30 €	50 €	60 €	70 €
Autres						
Forfait journalier hospitalier illimité (2)	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Frais de séjour dans un établissement conventionné	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Maternité, adoption ou aide à la procréation (2a)	-	100 € / enfant	200 € / enfant	300 € / enfant	350 € / enfant	400 € / enfant
Soins courants						
				Téléconsultation 24h/24h - 7j/7		
Consultation & visites médecins						
Médecins Généralistes DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	220% BR	300% BR	300% BR
Médecins Généralistes non DPTAM	100% BR	110% BR	160% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Spécialistes, radiologie, et actes techniques DPTAM	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Spécialistes, radiologie, et actes techniques non DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR +100% BR	200% BR +200% BR	200% BR +300% BR
Option surco non responsable - Non DPTAM - Délai d'attente de 3 mois						
Autres						
Honoraires auxiliaires médicaux (3)	100% BR	150% BR	200% BR	220% BR	300% BR	300% BR
Frais d'analyse et de laboratoire	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Médicaments remboursés	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Séances psychologue remboursées - max 8 / an	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses médicales, orthèses	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Sup. prothèses mammaires ou capillaires (classe 1 &2)	-	150 € / an	300 € / an	450 € / an	525 € / an	525 € / an
Optique (4)						
Equipement 100% santé* **	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Panier libre - Forfait tous les 2 ans* **						
Monture (100€ max) + 2 verres simples	100 €	150 €	200 €	300 €	350 €	420 €
Monture (100€ max) + 2 verres complexes	150 €	225 €	275 €	350 €	450 €	550 €
Monture (100€ max) + 2 verres très complexes	200 €	275 €	350 €	450 € +50 € / 2ans	550 € +100 € / 2ans	650 € +150 € / 2ans
Option surco non responsable - 2 Verres + Monture - Délai d'attente de 3 mois						
Autres						
Suppléments et prestations optiques (5)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou non - par an	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser	-	100 € / œil / an	200 € / œil / an	300 € / œil / an	450 € / œil / an	600 € / œil / an
Dentaire						
Prothèses & soins 100% santé* **	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Soins dentaires hors 100% santé						
Soins dentaires remboursés	100% BR	200% BR	250% BR	350% BR	400% BR	400% BR
Prothèses tarif modéré & libre* **						
Limité à 3 dents par an sauf accident, puis 125% BR pour les dents suivantes						
Prothèses remboursées sur dents visibles	150% BR	250% BR	300% BR	350% BR +100% BR	450% BR +50% BR	550% BR
Option surco non responsable - Dents visibles - Délai d'attente de 3 mois						
Prothèses remboursées sur dents non visibles	125% BR	200% BR	250% BR	300% BR +100% BR	400% BR +100% BR	500% BR
Option surco non responsable - Dents non visibles - Délai d'attente de 3 mois						
Autres						
Orthodontie remboursée - par semestre (6)	125% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	425% BR
Parodontologie remboursée (7)	100 %	200 %	250 %	300 %	400 %	400 %
Garanties non remboursées par le RO : orthodontie (prise en charge limitée aux -28 ans), parodontologie et prothèses dentaires (limitées à 2 actes par an)	-	200 € / acte	250 € / acte	300 € / acte +100 €	400 € / acte +100 €	500 € / acte +100 €
Option surco non responsable - Garanties non remboursées par le RO - Délai d'attente de 3 mois						
Implantologie non remboursée (8)	-	200 € / implant (maxi 2 / an)	300 € / implant (maxi 2 / an)	400 € / implant (maxi 2 / an) +100 €	650 € / implant (maxi 2 / an) +125 €	800 € / implant (maxi 2 / an) +150 €
Option surco non responsable - Implants - Délai d'attente de 3 mois						
Détartrage non remboursé - par an	-	50 €	60 €	70 €	90 €	115 €
Plafond dentaire (hors soins et 100 % santé)						
• 1ère et 2ème année	-	1 500 €	1 500 €	2 000 €	2 000 €	2 200 €
• A partir de la 3ème année	-	2 000 €	2 000 €	3 000 €	3 000 €	3 200 €
Bien-être						
Médecines douces						
Acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, homéopathes, ostéopathes, podologue, pédicure, psychologues (si prescrit) étiopathes, kinésiologues et psychomotriciens (9)	-	30 € / acte (max 90 € / an)	40 € / acte (max 200 € / an)	50 € / acte (max 200 € / an)	60 € / acte (max 220 € / an)	60 € / acte (max 220 € / an)
Cures thermales remboursées						
Frais médicaux, de séjour, de transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres						
Contraception féminine	-	avec médicaments	avec médicaments	avec médicaments	avec médicaments	avec médicaments
Sevrage tabagique - par an	30 €	30 €	40 €	60 €	80 €	80 €
Ostéodensitométrie - par an	-	30 €	40 €	60 €	80 €	80 €
Vaccins prescrits non remboursés	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Transport médical remboursé	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non remboursés - par an	20 €	30 €	50 €	60 € +50€	70 € +40€	80 € +30€
Option surco non responsable - Médicaments prescrits non remboursés - Délai d'attente de 3 mois						
Option surco non responsable - Adhésion club sport - Délai d'attente de 3 mois				+50€ / an	+50€ / an	+50€ / an
Auditif (10)						
Equipement auditif 100% santé* **	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Aides auditives de classe 2 par oreille (2000€-MR max.)	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR

Document non contractuel se reporter au tableau de garantie de la notice en vigueur pour plus de détails

Lexique

RO: Régime Obligatoire.
BR: Base de Remboursement Régime Obligatoire.
Rbt intégral: Remboursement intégral.
TM: Ticket modérateur.
FR: Frais réels.
DPTAM: Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
CAS: Contrat d'Accès aux Soins.
OPTAM / OPTAM - CO: Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

Légendes

(1) Chambre particulière limitée à 30 jours en psychiatrie et 90 jours en médecine, chirurgie et soins de suite et de rééducation.

(2) Forfait Journalier Hospitalier illimité : exclu en établissements EHPAD et MAS.

(2a) Le versement du forfait maternité ou adoption se fera uniquement si l'enfant est rattaché au contrat dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

(3) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

(4) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le decret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture : - par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale), - par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, - par période de 6 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 Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue. ***Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre) Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle) Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds. Verre simple : - verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ; Verre complexe : - verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; Verre très complexe : - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(5) Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100 % TM.

(6) Suite accord préalable de votre caisse d'assurance maladie.

(7) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : surfaçage radiculaire, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire, greffe osseuse et assainissement parodontal par détartrage/surfaçage à l'exclusion de tout autre acte.

(8) Remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants : pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical) : 80% de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique 1) : 20% de la prestation.

(9) Justificatif à adresser : l'original de la facture acquittée ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

(10) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année d'adhésion et par bénéficiaire.

Les Frais de santé engagés dans le cadre de soins dispensés à l'étranger peuvent être pris en charge dès lors qu'ils interviennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectuées en euros, selon les garanties prévues au contrat. En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales et répondra aux exclusions liées au cahier des charges du « contrat responsable » et seront limités à 100% BR. Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en France.

* Avant application, contribution forfaitaire de 2 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée à 30 jours en psychiatrie et limitée à 60 jours en SSR (soins de suite et de réadaptation)

***Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

CONTRAT RESPONSABLE : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 2 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr/.

CONTRAT NON RESPONSABLE : Les garanties ne respectent pas les conditions légales des contrats responsables et excluent le 100% Santé. La contribution forfaitaire de 2€ et les franchises médicales restent à la charge du patient. Le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr/. Délai d'attente de 3 mois avant application des garanties.

Kiwi bleu

Fiche technique - TNS santé

Cible :

- Tout travailleur non salarié, tout statut.
- TNS seul, en couple ou en famille

Limite âge

- Souscription de 18 à 70 ans
- Contrat viager : maintien en cas de changement statut en retraité

Critères de tarification

- Âge,
- Niveaux de garanties,
- Département,
- Composition familiale

Services annexes

- Assistance,
- Protection Juridique

Structure tarifaire

Adulte/Enfant – Enfants payants

Zones tarifaires

7 zones géographiques de tarification

Formule de garantie

6 niveaux de garanties et 3 options non responsables

Territorialité :

- France,
- Corse,
- DROM

Avantage tarifaire

- TNS seul,
- famille peu nombreuse,
- 50 ans

Contrat non responsable

En option pour couvrir les dépassements « Non-Optam » jusqu'à 500% de la BR et améliorer les garanties dentaires et optiques

Commissionnement courtier

Linéaire modulable de 1% jusqu'à 20% au choix par pallier de 1%

Cotisation

En €, qui évolue en fonction de l'âge, de la consommation médicale de la zone et de la réglementation

Régime

Régime général, Régime Agricole

Périodicité de cotisation

Mensuelle d'avance par prélèvement

Gestion

Gestion complète dédiée en partenariat avec Génération selon les process Ilona

Réseau des soins

Réseau de soins ITELIS pour un remboursement tiers payant facile auprès de plus de 13000 professionnels de santé

Madelin

Contrat Madelin pour toute la cotisation quelque soit la structure tarifaire sauf option non responsable

Assureurs/réassureurs

SMATIS / AXA

Couverture à l'étranger

Les Frais de santé engagés dans le cadre de soins dispensés à l'étranger peuvent être pris en charge dès lors qu'ils interviennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectuées en euros, selon les garanties prévues au contrat. En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales et répondra aux exclusions liées au cahier des charges du « contrat responsable » et seront limités à 100% BR. Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en France.

Délai d'attente

Aucun délai de carence sur la base

Délai d'attente de 3 mois avant application des garanties sur les surcomplémentaires

Frais d'association

Association ADILONA 1,5€/mois

Souscription

100% digitale avec signature électronique