



POURQUOI CHOISIR LE PRODUIT ?

UNE ADHÉSION EN TOUTE SIMPLICITÉ ET RÉCOMPENSÉE

Dès 18 ans et sans limite d'âge, adhérez sans attendre et **bénéficiez de réductions avantageuses** pour les couples (-7 %) et les familles* (-10 %).

Aucune formalité administrative ni médicale n'est requise.
*si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale)

DES GARANTIES VARIÉES POUR TOUS LES PROFILS

Vous êtes **assuré pour tout type de soins** et bénéficiez notamment d'une prise en charge pour la **chambre particulière**, la médecine naturelle ou encore la **cure thermale**.

DES BONUS FIDÉLITÉ POUR TOUTE LA FAMILLE

Votre **fidélité est récompensée** avec des garanties en hospitalisation, dentaire, soins courants et aides auditives qui seront **augmentées dès la 2ème année d'adhésion**.



DES GARANTIES AU MEILLEUR TARIF

Faites des économies avec le produit santé **NÉOLIANE TONIK** : un rapport qualité/prix imbattable.



DES SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Service **médical complémentaire** : téléconsultation



Services d'assistance



TONIK

TABLEAU DES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 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). Les forfaits exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, par assuré.



HOSPITALISATION

SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SRR ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

HONORAIRES

Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	140 %	165 %	190 %	215 %
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	120 %	135 %	155 %	180 %	205 %	230 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	150 %	170 %	195 %	220 %	245 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	165 %	185 %	210 %	235 %	260 %

Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	120 %	145 %	170 %	195 %
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) ⁽³⁾	-	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ⁽³⁾	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**

Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**

SOINS

Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	100 %	100 %	120 %	140 %	165 %	190 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	140 %	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	155 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	185 %	210 %	235 %	285 %

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	140 %	165 %	190 %	215 %	240 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	150 %	180 %	205 %	255 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	130 %	170 %	195 %	220 %	270 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145 %	185 %	210 %	235 %	285 %

Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾	Illimité	800 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €
--	----------	-------	---------	---------	---------	---------

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁷⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**

Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé

Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**

Monture et verres (équipements de la Classe B - Panier Libre)*** :

Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	125 €	150 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	200 €	225 €	225 €	250 €
↳ Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an) ⁽⁸⁾	100 %	50 €	50 €	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	120 %	125 %	140 %	165 %	190 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	-	125 %	125 %	150 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	115 %	140 %	165 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	130 %	130 %	155 %	180 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

100% SANTÉ



AIDES AUDITIVES (9)

Depuis le 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**

Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**

Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	120 %	120 %	120 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	110 %	110 %	110 %	130 %	130 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	120 %	120 %	120 %	140 %	140 %
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	130 %	130 %	150 %	150 %

AUTRES SOINS

CURE THERMALE (10)	100 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, oméopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	30 €	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €

LES + PRÉVENTION

Actes de prévention pris en charge par le RO (dépistage de l'hypertension, des troubles de l'audition, de l'ostéoporose, etc.) (11)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

SERVICES

Tierspayant 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
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

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. 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 (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liés au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et les produits de santé pris en charge par l'Assurance Maladie 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 montants 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.

et le confort hospi et frais accompagnant sont pris en charge pendant une durée limitée à 10 jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie. Les frais accompagnant lors d'une hospitalisation sont pris en charge pour toute personne quel que soit son âge ou encore pour les malades atteints d'une infirmité.

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

(5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

(6) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(7) 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. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement

plafonné à 100€) ou inversement.

(8) Pour la formule T1 seules les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge. Au-delà du forfait pour les formules T2, T3, T4, T5 et T6, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à condition que les lentilles soient prises en charge par le Régime Obligatoire.

(9) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.

(10) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.

(11) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

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

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% SANTÉ sur la page suivante. Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1^{er} janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif. Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2021



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER OPTIQUE (1)



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER DENTAIRE (2)



ZÉRO RESTE À CHARGE SUR L'ENSEMBLE DU PANIER AIDES AUDITIVES (3)



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE
+ **MONTURE** À TARIFS LIBRES

ou

MONTURE SANS RESTE À CHARGE
+ **VERRES** À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircones (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives)
- Métalliques pour toutes les dents

Prothèses amovibles à base de résine

3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :

système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération

EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

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 en vigueur depuis le 01/01/2022.

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

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)						FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	NC						20 €					
Remboursement du RO	0 €						0 €					
Remboursement Néoliane Tonik	0 €	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	20 €					
Reste à charge	Selon dépense engagée						0 €					

	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.					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	835,60 €					
Remboursement du RO	811,60 €					
Remboursement Néoliane Tonik	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)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	355 €						447 €					
Remboursement du RO	271,70 €						271,70 €					
Remboursement Néoliane Tonik	0 €	54,34 €	83,30 €				0 €	54,34 €	122,27 €	175,30 €		
Reste à charge	83,30 €	28,96 €	0 €				175,30 €	120,96 €	53,04 €	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.					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	3 541 €					
Remboursement du RO	2 832,80 €					
Remboursement Néoliane Tonik	708,20 €					
Reste à charge	0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
500 €						
72 €						
428 €						
0 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
43,38 €						
26,03 €						
17,35 €						
0 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
43,38 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
554 €						
72 €						
48 €	96 €	126 €	156 €	186 €	216 €	
434 €	386 €	356 €	326 €	296 €	266 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
120 €

TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
720 €						
193,50 €						
0 €	77,40 €	125,78 €	174,15 €	222,53 €	270,90 €	
526,50 €	449,10 €	400,72 €	352,35 €	303,97 €	255,60 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
193,50 €

OPTIQUE

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)						
20,70 €						
91,30 €						
0 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
12,75 € par verre + 9 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements 100% santé						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)						
37,80 €						
172,20 €						
0 €						

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
27 € par verre + 9 €

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)						
0,09 €						
0,06 €	124,91 €		149,91 €		174,91 €	
338,85 €	214 €		189 €		164 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
0,05 € par verre + 0,05 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)						
0,09 €						
0,06 €	199,91 €		224,91 €		249,91 €	
600,85 €	401 €		376 €		351 €	

Dépense
Remboursement du RO
Remboursement Néoliane Tonik
Reste à charge

FORFAIT ANNUEL LENTILLES Non remboursées par le Régime Obligatoire						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
NC						
0 €						
0 €	50 €			75 €		
Selon dépense engagée						

OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive						
T1	T2	T3	T4	T5	T6	
NC						
0 €						
0 €						
Selon dépense engagée						

AIDES AUDITIVES

	PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé						PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	950 €						1 476 €					
Remboursement du RO	240 €						240 €					
Remboursement Néoliane Tonik	710 €						160 €			240 €		
Reste à charge	0 €						1 076 €			996 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
400 € par oreille pour un patient de plus de 20 ans

SOINS COURANTS

	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	30 €						35 €					
Remboursement du RO	19 €						24,50 €					
Remboursement Néoliane Tonik	9 €						10,50 €					
Reste à charge	2 €						0 €					

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
30 €

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)						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	37 €						50 €					
Remboursement du RO	23,90 €						24,50 €					
Remboursement Néoliane Tonik	11,10 €						10,50 €	17,50 €	19,25 €	24,50 €	25,50 €	
Reste à charge	2 €						15 €	8 €	6,25 €	1 €	0 €	

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	54 €						55 €					
Remboursement du RO	23,90 €						16,10 €					
Remboursement Néoliane Tonik	11,10 €	18,50 €	20,35 €	25,90 €	28,10 €		6,90 €		8,05 €			
Reste à charge	19 €	11,60 €	9,75 €	4,20 €	2 €		32 €		30,85 €			

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

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)						ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Dépense	57 €						25,80 €					
Remboursement du RO	14,10 €						14,64 €					
Remboursement Néoliane Tonik	6,90 €		8,05 €				9,76 €			11,16 €		
Reste à charge	36 €		34,85 €				1,40 €			0 €		

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
24,40 €

UN SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION

INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé vous donne accès dès sa prise d'effet à un service de téléconsultation : **MaQuestionMedicale**.

Cette plateforme, **accessible 7/7 de 8h à 23h** vous met en relation avec un **médecin généraliste** en quelques clics.

Dès votre inscription, la **visioconférence est immédiatement disponible** et vous pouvez également **prendre rendez-vous**.

Profitez d'une **prise en charge totale sans avance de frais*** : vous êtes directement reconnus grâce à votre numéro de sécurité sociale !

Besoin d'une **assistance** ? Une équipe dédiée se tient à votre disposition au **05 68 14 03 67**.



➤ COMMENT VOUS INSCRIRE ?



Sur la plateforme
MaQuestionMedicale

OU



Via l'application mobile
MaQuestionMedicale

Renseignez vos **informations personnelles** puis complétez votre profil en ajoutant votre **centre de sécurité sociale** et en sélectionnant **Néoliane** comme centre de mutuelle.

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?

Accédez directement à une **nouvelle téléconsultation** en remplissant le motif de votre demande. Vous serez rapidement mis en relation avec un **médecin de garde de votre région** qui vous **transmettra électroniquement tous les documents nécessaires** (ordonnance, compte rendu, feuille de soins, etc.).

* Sous réserve que les honoraires médicaux soient pris en charge par votre contrat santé

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

TITRE I

FORMATION - DÉNOMINATION - DURÉE - OBJET COMPOSITION - SIÈGE SOCIAL

ARTICLE 1. CONSTITUTION

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2. OBJET

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
 - de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
 - de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,
- Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3. MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4. SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

ADMINISTRATION

ARTICLE 5. COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

ARTICLE 6. MEMBRES DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

ARTICLE 7. FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8. POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits

par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur

ARTICLE 9. REPRÉSENTATION EN JUSTICE

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10. COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

ARTICLE 11. CONVOCATION - QUORUM

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurerait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

ARTICLE 12. COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

ARTICLE 13. PROCÈS-VERBAL

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

ARTICLE 14. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

ARTICLE 15. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

ARTICLE 16. RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

TITRE IV

RESSOURCES - DÉPENSES - COMPTES

ARTICLE 17. RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

ARTICLE 18. DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 19. COMPTES ANNUELS

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître

annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

ARTICLE 20. COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer

sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V

DISSOLUTION - DIVERS

ARTICLE 21. DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé **NÉOLIANE TONIK** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat relève des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie) définies à l'article R321-1 du Code des assurances. Il est dénommé ci-après le Contrat groupe.

Une adhésion au Contrat Groupe est composée des documents suivants :

- Le bulletin d'adhésion signé par le demandeur à l'assurance ;
- La présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du Contrat groupe ;
- Le certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- Le tableau des garanties qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. En cas de modification des garanties (cf. Article 13), le dernier Certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent vient compléter l'ensemble de ces documents.

Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur du Contrat groupe est **PREPAR-IARD**, Société Anonyme au capital de 800 000 € – Entreprise régie par le Code des assurances – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le N° 343 158 036 – N° LEI : 9695008UHHM3007T1B62 – Siège social : Immeuble Le Village, Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex. Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Papiers n° FR232581_03FWUB délivré par l'ADEME, ci après dénommé « **l'Assureur** ».

Le Souscripteur est **l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social se situe au 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de PREPAR-IARD ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orientas.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 -

06205 NICE CEDEX 3, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION**, Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'Orias sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire ou Centre de gestion Néoliane** ».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH)**, SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orientas.fr) – Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code des assurances. Les sociétés **GSH, NÉOLIANE SANTÉ, MUTUA GESTION et PREPAR-IARD** sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Elles s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat groupe.

DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.**

Adhérent : Personne physique bénéficiant des prestations de l'Assureur et en ouvre le droit à ses éventuels Ayants droit dans les conditions de l'Article 3 de la présente Notice d'information.

Assurés : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le(s) Ayant(s) droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

• Le conjoint :

- âgé à la date de signature de la demande d'adhésion entre 18 ans minimum et sans limite d'âge, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance ;
- personne avec laquelle l'Adhérent est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés).

Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;

- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) conclu avec l'Adhérent ;

- **Les Ascendants, Descendants et Collatéraux** à condition qu'ils vivent sous le toit de l'Adhérent et qu'ils soient reconnus fiscalement à sa charge par le Régime Obligatoire de l'Adhérent ou celui de son Conjoint ;

- **Les Enfants :**

- âgés de moins de 18 ans, reconnus à la charge de l'Adhérent ou à celle de son Conjoint au sens du Régime Obligatoire duquel relève l'Adhérent ou son Conjoint ;

- âgés de 18 à 28 ans inclus, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;

- sans limite d'âge s'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

Hospitalisation : Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une Maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. **Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée.** Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D) prises en charge par la Sécurité Sociale.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

Synonymes : Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de deux euros ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré.

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur sur les actes éligibles.

ARTICLE 1 – OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe est un contrat d'assurance frais de santé qui a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

ARTICLE 2 – CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission à la présente assurance en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être Adhérentes à l'Association GPST dont les frais d'adhésion sont prélevés en même temps et selon la même périodicité que la cotisation d'assurance (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle). À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'Association ;

- Relever du Régime Obligatoire français, être à jour du paiement de leurs cotisations au titre du Régime Obligatoire auquel elles sont affiliées ;

- Être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion d'au moins 18 ans, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance ;

- Être résidents en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique.

À cela s'ajoute pour les Adhérents souhaitant bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n° 94-126 du 11/02/1994 dite « loi Madelin » la condition d'exercer obligatoirement, une activité non salariée et non agricole et relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application de l'article 62 du Code général des impôts.

ARTICLE 3 – MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la Notice d'information, de l'IPID et du tableau de garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion. Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Le conjoint ;

- Les enfants ;

- Les ascendants, descendants ou collatéraux ;

tels qu'indiqués dans la définition « Ayants droit ».

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi (T1, T2, T3, T4, T5, T6).

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les Ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au Contrat groupe, quel que soit le niveau de garanties choisi.

Toute adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association GPST.

ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhérent de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à compter du jour indiqué sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, pour une période initiale de 12 mois.

La date d'effet de l'adhésion est toujours fixée au plus tôt au trentième (30) jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane Santé ne sera accepté.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à date anniversaire puis au 1er janvier de chaque année qui est l'échéance du contrat, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'Article 5 « Résiliation de l'adhésion ».

ARTICLE 5 — RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Article 5.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances :



Sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client
rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »



Par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé au siège social :

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Article 5.2 - Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 5.2 - Cas de résiliation

a) Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de votre échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L113-12 du Code des assurances).
- À tout moment, après l'expiration du délai d'un (1) an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (article L113-15-2 du Code des assurances).
- En cas de changement du risque, si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois

qui suit la date à laquelle il a eu connaissance de la proposition d'assurance. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

b) Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L141-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après envoi de la lettre de mise en demeure.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent constatée avant un sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation et entraîne la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur.
- En cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexacts ou réticentes au moment du sinistre. La résiliation prend effet dix (10) jours après notification par l'Assureur à l'Adhérent.
- En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou de la reconduction de l'adhésion, il n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une cotisation plus élevée. Dans le premier cas, la résiliation prend effet dix (10) jours après sa notification. Dans le second cas, si l'Adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'Assureur ou en cas de désaccord, dans le délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Assureur peut résilier l'adhésion.

c) Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique (si le changement entraîne une modification tarifaire), de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la demande.

d) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'Adhérent. En présence d'un Conjoint parmi les Ayants droit, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille. En l'absence de Conjoint et

en présence d'Ayants droit mineurs, le contrat est résilié à la date du décès. En l'absence de Conjoint et en présence d'un Ayant droit majeur, ce dernier sera désigné comme nouvel Adhérent du contrat. En cas de désaccord de ce dernier, la résiliation du contrat interviendra à la date souhaitée.

- En cas de départ de France métropolitaine, Guadeloupe ou Martinique. La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du départ ;
- Si l'Assuré ne relève plus du Régime Obligatoire français. La résiliation prend effet à la date à laquelle l'assuré ne relève plus du Régime Obligatoire français.
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur. La résiliation intervient le 40ème jour à midi après la publication du Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de l'Assureur.

e) Résiliation ou Modification du Contrat groupe (entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST dans les conditions prévues à l'article R.141-6 du Code des assurances. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement. En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation. Par ailleurs, la volonté de l'Adhérent de résilier son adhésion à l'Association GPST, ne constitue pas un motif valable pour résilier son adhésion au Contrat groupe. L'adhésion à l'Association GPST dure tant que dure l'adhésion au Contrat groupe.

ARTICLE 6 – DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

À l'adhésion

L'Adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

En cours de contrat

L'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par l'adhésion, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil ;
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des assurés au Régime Obligatoire ;
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique ;
- La survenance d'un événement entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,

- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations ;
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être transmises par écrit :



Sur l'espace adhérent :

**www.neoliane.fr/service-client
rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »**



Par courrier à l'adresse suivante :

**NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**

Ces évènements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification. En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, constatée avant sinistre, l'adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'adhésion avec un préavis de dix (10) jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou maintenir l'adhésion en augmentant la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent.

Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 5 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet dix (10) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

ARTICLE 7 – CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés doivent être affiliés ou Ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

ARTICLE 8 – PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet mentionnée sur

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans la garantie sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

ARTICLE 9 – ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques. Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique.

ARTICLE 10 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Le Contrat Groupe comporte plusieurs niveaux de garanties (T1, T2, T3, T4, T5, T6) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau des garanties.

Le niveau retenu est indiqué sur le certificat d'adhésion. Les montants de remboursements interviennent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau des garanties.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du Tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné ;
- En Frais réels (FR),
- En euros pour les forfaits, valables sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et renouvelable annuellement sur cette base. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. Si

ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du Tarif de responsabilité.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), les forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en euros.

La garantie cure thermique a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du Régime Obligatoire), dans les conditions mentionnées. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au tableau des garanties pour chaque acte.

Le remboursement d'un équipement optique ou d'une aide auditive est encadré par une périodicité minimale de renouvellement, dans les conditions fixées dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information. Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de la date des soins.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

La garantie « Acte de prévention » se limite à la prise en charge des actes de prévention prévus dans le contrat responsable à savoir : I. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire. II. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). III. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans. IV. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). V. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). VI. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans. VII. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et

poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires, de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes ;
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires, d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Adhérent des prescriptions du médecin ;
- de séjours en gériatologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie "Cure thermique"), la thalassothérapie.

ARTICLE 12 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et le Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties de la présente adhésion font l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhérent. Le tarif peut également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties. L'Adhérent dispose alors d'un délai de trente (30) jours pour contester et résilier son adhésion s'il le souhaite. Elles peuvent également être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'Assureur, de l'Association GPST, ou de l'Adhérent et notamment toute modification des prestations du Régime Obligatoire dont elles assurent le complément.

ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, sur internet ou par écrit simple :



Sur l'espace adhérent :

**www.neoliane.fr/service-client
rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »**



Par courrier à l'adresse suivante :

**NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**

À l'échéance principale :

L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion.

Hors échéance principale :

À compter de la deuxième année, l'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit, à tout moment dans la limite d'une fois tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande.

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'applique à ses éventuels Ayants droit.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

ARTICLE 14 – MODIFICATION DES AYANTS DROIT

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, sur internet ou par écrit simple :



Sur l'espace adhérent :

**www.neoliane.fr/service-client
rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »**



Par courrier à l'adresse suivante :

**NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**

À l'échéance principale :

L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion, sous réserve de la production

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

des pièces justificatives.

Hors échéance principale :

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire effectue la modification et transmet à l'Adhérent son échéancier matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour revenir vers le Gestionnaire s'il souhaite contester cette modification.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives, ou à la date de naissance d'un nouvel Ayant droit si la demande parvient dans les deux (2) mois.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- En cas d'ajout d'un conjoint, une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, le Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou l'acte de mariage .

Si un événement survient **en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit**, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement. La modification de l'adhésion prendra effet sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'évènement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit. Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Assuré, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci. La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

ARTICLE 15 – ADAPTATION DE L'ADHÉSION À LA SUITE DE MODIFICATIONS DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du Régime Obligatoire en vigueur lors de la demande d'adhésion.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision de l'adhésion, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 16 – PRESTATIONS

Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion. Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au Centre de gestion Néoliane :



Sur l'espace adhérent :

<https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>



Par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex**

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire. Les prestations sont réglées sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement dont le siège est situé dans l'un des États composant l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent. Le règlement des prestations est effectué en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés géré par MUTUA GESTION.

Télétransmission :

La transmission des décomptes de remboursements des assurés peut être effectuée directement par les caisses d'Assurance Maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant :



Sur l'espace adhérent :

<https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>



Par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex**

En cas de non mise en place de la Télétransmission

ou d'un chevauchement de couverture avec un autre organisme empêchant la transmission automatisée d'un décompte, l'Adhérent devra transmettre lui-même son décompte.

Tiers Payant :

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhérent est dispensé du paiement du Ticket Modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés qui acceptent le dispositif.

Depuis le 1er janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de Tiers Payant est étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La carte de Tiers Payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'Hospitalisation en France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique, par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers Payant ou sur simple demande à :



Sur l'espace adhérent :

<https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>



Par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex**

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

Justificatifs à produire :

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer les éléments dans les trois (3) mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.



Sur l'espace adhérent :

<https://assure-neoliane.meprotege.fr/home>



Par courrier à l'adresse suivante :

**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051
31602 MURET Cedex**

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- les décomptes de remboursement du Régime Obligatoire justifiant les prestations versées s'ils n'ont pas été télétransmis par les organismes de Régimes Obligatoires ;
- les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- les factures d'Hospitalisation, si celles-ci n'ont pas lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires acceptées ;
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires refusées ;
- pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres et indiquant le type de verres ou les frais de lentilles. Il est rappelé à l'Adhérent que la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans pour les plus de 16 ans, par période d'un an chez les moins de 16 ans, et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. En cas d'évolution de la vue ou de la réfraction, un renouvellement anticipé est possible sous certaines conditions. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat ;
- pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.

L'évolution de la vue doit être justifiée :

- soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit sur la présentation de la prescription initiale délivrée par l'opticien comportant les mentions prévues à l'article R165-1 du Code de la sécurité sociale.
- pour l'examen de densitométrie osseuse et pour la pharmacie non prise en charge par le Régime Obligatoire la prescription et la facture acquittée ou la note d'honoraire,
- pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État ;
- lorsque l'Adhérent ou ses Ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les décomptes sont établis par l'organisme en cause ;
- en cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- en cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, éta-blissant l'affiliation avec l'Adhérent ;
- en cas d'Accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son Assureur, afin de pouvoir engager les recours ;
- si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires et notamment des originaux.

En cas de dépassement d'honoraires, si la garantie le couvre, le remboursement se fera sur la base de la transmission d'une facture acquittée par l'Adhérent. Pour les remboursements optiques, les remboursements

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

se font sur la base d'une prescription médicale (ordonnance). Le Gestionnaire se garde la possibilité de demander le justificatif d'ordonnance pour procéder au remboursement.

L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.

ARTICLE 17 – CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'Assuré tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'Assuré doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

En fonction du résultat de ces contrôles, le Gestionnaire se réserve le droit de contester la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Assuré reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Assuré, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Procédure d'expertise

Les médecins et délégués missionnés par le Gestionnaire auront, à toute époque le droit de constater médicalement l'état de santé de l'Assuré. Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que le Gestionnaire a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque

partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18 – COTISATIONS

18.1 Montant de la cotisation

La cotisation mensuelle est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le Régime Obligatoire de l'Adhérent, les garanties choisies, l'âge des Assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

18.2 Variation de la cotisation :

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent et de ses Ayants droit à l'échéance de l'adhésion. En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire, modification d'un Ayant droit, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené en cours d'année à procéder à une réactualisation des tarifs.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

18.3 Révision de la cotisation

1) Révision annuelle

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque année, à l'échéance de l'adhésion, en fonction de l'évolution des résultats techniques du Contrat groupe ou du groupe de contrats homogènes auquel il appartient, ou de tout autre élément de nature à modifier le risque assuré.

L'évolution des cotisations sera communiquée au moins trois (3) mois avant la date d'échéance.

2) Révision en cours d'année

Les cotisations ont été fixées compte tenu de la réglementation et des règles d'indemnisation de la Sécurité sociale en vigueur lors de la date d'adhésion du contrat. Si celles-ci venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une revalorisation des cotisations, à compter du premier jour du mois suivant son application.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier son adhésion dans le délai d'un (1) mois suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

L'Adhérent pourra être informé par courrier ou sur support durable accessible sur www.neoliane.fr/service-client, l'Assureur étant expressément dispensé de

recourir à un envoi recommandé. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

18.4 Paiement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir, selon le fractionnement choisi par l'Adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties. Le prélèvement automatique est obligatoire quelle que soit la périodicité choisie et s'effectue au plus tard le 5 ou 10 du mois de la quittance éligible au titre des garanties du mois en cours. Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement situé dans un Etat de l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'Adhérent.

18.5 Défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, le Gestionnaire envoie une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée. Cette lettre vaut mise en demeure. Faute de règlement, l'adhésion est alors résiliée quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre. La résiliation entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente adhésion pour des événements survenus pendant la période suivant l'envoi de la mise en demeure.

ARTICLE 19 – SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

ARTICLE 20 – PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre lui ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les

personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré. »

Article L114-2

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code Civil) ;
- demande en justice, même en référé, et même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil).

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code Civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code Civil) ;

- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code Civil). L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code Civil).

ARTICLE 21 – DÉCHÉANCE DU DROIT DES PRESTATIONS

Si, en cours d'adhésion, un Assuré a intentionnellement produit des documents falsifiés ou fait des déclarations fausses, il peut lui être refusé le paiement de toutes les prestations quelle que soit l'époque à laquelle elles se rapportent. Il peut être mis fin à l'adhésion, sans pré-judice de toute action en

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

récupération des prestations indûment versées. Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies au gestionnaire et notamment dans la déclaration d'un sinistre, expose l'Adhèrent à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion à Néoliane Tonik conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Les prestations indûment versées pourront être récupérées par l'Assureur.

ARTICLE 22 – EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'Adhèrent peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.

Si le litige éventuel demeure, L'Adhèrent peut adresser une réclamation écrite :



Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique «Réclamations»



Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhèrent ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Adhèrent dans ce délai ;
- Soixante (60) jours calendaires maximum, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiation :

Si le désaccord persiste (ou en cas d'absence de réponse dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), la personne physique réclamante dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent : le Médiateur de l'Assurance.

- par courrier à l'adresse suivante :



La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

- en ligne :



www.mediation-assurance.org,
rubrique : « Je saisis le Médiateur »

Le recours au Médiateur est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un (1) an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est suspendu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Le Médiateur formule une proposition de solution dans un délai de quatre-vingt-dix jours (90) à réception du dossier complet. L'Assureur et l'Adhèrent restent libres de la suivre ou non.

ARTICLE 23 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Identification du responsable de traitement

Cette clause a pour objet d'informer l'Assuré de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel le concernant mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après :

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet de traitements listés ci-dessous, dont PREPARI-ARD est le responsable de traitement et Néoliane Santé le sous-traitant :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Archivage des pièces de gestion et documents comptables ;
- Lutte anti-blanchiment d'argent et financement du terrorisme.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire la demande de l'Assuré et de permettre la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, la lutte contre la fraude, le suivi dans le cadre de contentieux et l'amélioration des produits ou prestations. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Passation, Gestion et Execution du contrat d'Assurance	<ul style="list-style-type: none">• Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis• Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat• Recouvrement• Gestion des réclamations et contentieux• Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties• Exercice des recours et application des conventions entre assureurs• Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque• Etudes statistiques et actuarielles• Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none">• Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme• Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none">• Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat• Prospection commerciale afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.

Les informations collectées seront conservées dans des bases de données sécurisées pour toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires.

Clause spécifique relative à la fraude
L'Assuré est également informé de la mise en œuvre d'un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant

un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant l'Assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'Assureur et de Néoliane Santé. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants)..

Les destinataires ou les catégories de destinataires
Les données concernant l'Assuré pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux équipes ou sous-traitants de PREPAR IARD, aux membres du groupe BPCE, aux partenaires commerciaux de PREPAR IARD, aux équipes de Mutua Gestion et aux entités du GROUPE SANTIANE ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements des données personnelles de l'Assuré
Les données personnelles collectées par PREPAR IARD sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. S'agissant des traitements réalisés hors de PREPAR-IARD par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal. Les traitements de Néoliane Santé réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des opérations de gestion. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les durées de conservation
Les données personnelles de l'Assuré sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits
Dans le cadre du traitement effectué, l'Assuré dispose dans les conditions prévues par la réglementation :



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

- **Droit d'accès** : l'Assuré dispose du droit de prendre connaissance des données personnelles le concernant dont les responsables de traitement disposent et demander que lui en soit communiquée l'intégralité.
- **Droit de rectification** : l'Assuré peut demander à corriger ses données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **Droit de suppression** : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement la suppression de ses données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsqu'il retire son consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- **Droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.**
- **Droit à la limitation du traitement** : l'Assuré peut demander aux responsables de traitement de limiter le traitement de ses données personnelles.
- **Droit à la portabilité des données** : L'Assuré peut récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de son choix lorsque cela est techniquement possible.
- **Droit d'opposition** : L'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données personnelles notamment concernant la prospection commerciale

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande :

Adresse électronique :
dpo@neoliane.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, l'Assuré peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de permettre à l'Assuré de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à ses besoins de protection en matière d'assurance, certaines données le concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront être utilisées pour lui adresser certaines offres commerciales.

L'Assuré dispose d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales qu'il peut exercer à l'adresse ci-dessus (dpo@neoliane.fr).

ARTICLE 24 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente adhésion est :

**L'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR)**
4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 25 – DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer. Pour plus d'information :

www.bloctel.gouv.fr

WORLDLINE - Service Bloctel
CS 61311 - 41013 Blois Cedex

ARTICLE 26 – SANCTIONS INTERNATIONALES

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre de l'adhésion au Contrat groupe dès lors que la mise en oeuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures. Le Contrat groupe ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'Assureur de fournir une garantie, payer un Sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Crimée, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), en Iran et/ou en Syrie.

ARTICLE 27 – DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son

adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après.

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (notamment de vente par correspondance ou internet). Conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client
rubrique « Je souhaite résilier ou me retracter »

Par courrier à l'adresse suivante :
NÉOLIANE SANTÉ
Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____. Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat. En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités". Si

les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat. La demande de renonciation doit être adressée par écrit :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client
rubrique « Je souhaite résilier ou me retracter »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____ à _____. Signature de l'Adhérent

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

ARTICLE 28 – TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2023 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2023
Taux de redistribution ⁽¹⁾	68,3%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	24,2%

⁽¹⁾ Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme Assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

⁽²⁾ Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme Assureur au titre de



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° 2/030

l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des

cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du Tiers Payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme Assureur dans le respect des garanties contractuelles.

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062

ASSISTANCE SANTE



L'Association GPST (Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), Association loi de 1901, immatriculée sous le numéro RNA W751216092, dont le siège social se situe 30-32 boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° FIC25SAN0062.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone : 09 82 06 60 08 (depuis la France)
+33 9 82 06 60 08 (depuis l'étranger)

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

Adresse : 108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Télécopie : 09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062 auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé Néoliane Tonik distribué par Néoliane Santé ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062.

1 – DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte

à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique assurée au titre du contrat d'assurance complémentaire santé Néoliane Tonik distribué par Néoliane Santé et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Établissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Évènement applicable pour chaque

garantie est précisé au sein de ces dernières.

Évènement traumatisant : État psychologique consécutif à un Accident corporel ou une Maladie redoutée du Bénéficiaire qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre et les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un Établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident corporel ou une Maladie.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente. Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2 – MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Un décès.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE. À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée. Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par FILASSISTANCE permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au

versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de FILASSISTANCE. FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de FILASSISTANCE ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2 - Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que FILASSISTANCE aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des dites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062

ASSISTANCE SANTE



2.3 - Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'information sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31

décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

2.5 - Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de l'avance.

Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de trois (3) mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Accompagnement budgétaire et social	5 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Information santé 360	Informations téléphoniques
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Orientation vers des prestataires spécialisés	Mise en relation sans prise en charge

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation

Aide à domicile	3 heures maximum par Évènement <i>La garantie doit être mise en œuvre dans les 10 jours qui suivent la sortie de l'Hospitalisation.</i>
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport 2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner compris) par Évènement à concurrence de 50 € TTC maximum par nuit
Garde des Animaux de compagnie	Dans la limite de 15 € TTC par jour et de 225 € TTC par Évènement

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation

Livraison de médicaments	Frais d'acheminement <i>(dans la limite de 2 livraisons maximum par année civile et dans la limite d'un rayon de 50 km autour du Domicile)</i>
--------------------------	---

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS RESENTIS PAR UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Évènement traumatissant.

Accompagnement psychologique	<i>Les entretiens doivent être mis en œuvre dans les 12 mois suivant la date de survenance de l'Évènement</i>
· Bénéficiaires majeurs	5 entretiens téléphoniques OU 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien
· Bénéficiaires mineurs	5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT LONG (CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE)

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Aide à domicile	10 heures maximum par protocole de soins à raison de 2 heures maximum par séance
-----------------	--

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s) ;

- par Évènement : le décès.

Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement suite au décès	3 entretiens téléphoniques maximum par Évènement sur 90 jours, accompagné(s) d'un appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès
Aides aux démarches administratives · Informations téléphoniques	Entretiens téléphoniques
· Mise à disposition d'un intervenant compétent	4 maximum par Évènement réparties sur les 12 mois qui suivent le décès
Avance des frais d'inhumation	2 000 € maximum par Évènement

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties ci-après sont octroyées selon les conditions et dans les limites prévues au paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction du tableau synoptique des garanties du paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

4.2 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Équipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

4.3 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes. Elle intervient dès le premier jour de l'Hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour au domicile.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Évènement devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

4.4 - Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

4.5 - Aide aux démarches administratives

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE organise et prend en charge, dans les

limites prévues par le tableau des garanties, la venue d'un intervenant compétent à domicile pour aider les proches dans la rédaction de ces documents.

4.6 - Avance des frais d'inhumation

Si les proches du Bénéficiaire décédé ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE accorde une avance aux proches du Bénéficiaire décédé.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

4.7 - Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde au Domicile ou dans une pension pour animaux.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ».

4.8 - Information juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

Informations juridiques

- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.

Informations vie pratique

- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4.9 - Information santé 360

FILASSISTANCE oriente et informe le Bénéficiaire dans les domaines de la santé suivants (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) :

- Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;
- Communique des informations générales sur :
 - Les pathologies (ex : pandémies ...),
 - Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...) ;
- Communique des informations générales sur la santé au quotidien :
 - Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels,
 - Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche

pratique),

- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer,
- Automédication : les précautions à prendre,
- Vaccinations ;

- Communiquer des informations générales sur le Bien vivre :

- Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produites, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...),
- Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
 - Calcul de l'IMC,
 - Informations « nutrition » (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant) ;
- Bien-être :
 - Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires,
 - Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information) ;

- Délivre des informations en matière de :

- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail),
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales, ...).

En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves, l'Équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer, l'accompagner dans le système de soins et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut bénéficier d'informations sur :

- les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions),
- groupes de paroles,
- l'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

L'ensemble de ces prestations s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

4.10 - Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

4.11 - Orientation vers des prestataires spécialisés

FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire vers des prestataires dédiés tels que :

- aide à la toilette,
- fournisseur de perruques,
- coiffeur à domicile,
- esthéticienne,
- coach sportif.

4.12 - Accompagnement suite au décès

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux de FILASSISTANCE apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

4.13 - Présence d'un poche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire. FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

4.14 - Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE apporte son aide pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

5 - EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysmes naturels ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062

ASSISTANCE SANTE



• les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées

aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

6.3 - Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas

responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

6.4 - Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

6.5 - Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
 - par courrier à l'adresse suivante :
FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX
 - par mail : qualite@filassistance.fr
 - sur le site internet : www.filassistance.fr
- via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :



Par courrier à l'adresse suivante :
Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09



sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant

de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° **FIC25SAN0062**

ASSISTANCE SANTE



Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement,

les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

Produit co-conçu et distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orient.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488. Produit co-conçu et assuré par **PREPAR IARD** - Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex - SA au capital de 800 000 € - RCS Nanterre 343 158 036 - Entreprise régie par le Code des assurances - N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 - Entité du Groupe BPCE - N° d'identifiant unique ADEME : FR232581_03FWUB.

Produit : NÉOLIANE TONIK

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. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE TONIK sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit NÉOLIANE TONIK est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de Maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants-droit, après l'intervention du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier. Le produit NÉOLIANE TONIK est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.

Le produit NÉOLIANE TONIK est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Les plafonds figurent au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Forfait patient urgences (FPU) ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles acceptées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé - (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;
- ✓ **Prévention** : Médecines complémentaires (ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapie, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue), cure thermique.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ **Tiers Payant**, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé).

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique, les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermique »), la thalassothérapie ;
- ✗ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du Ticket Modérateur et les 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 ;
- ! Ne sont pas pris en charge les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Les frais de séjour** : Non couverts au-delà d'une durée maximum de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et de 90 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR).
- ! **Chambre particulière, Confort Hospi et Frais accompagnant** : Non couverts au-delà d'une durée maximum de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et de 30 jours par an et par Assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) publics ou privés conventionnés (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), sous réserve de prise en charge de l'Assurance Maladie.
- ! **Chambre particulière, Confort Hospi et Frais accompagnant** : Prise en charge dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans, tous les 6 mois de la naissance aux 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France Métropolitaine, en Guadeloupe, Guyane, La Réunion et en Martinique, pour des frais engagés sur ces mêmes zones géographiques. Elles s'étendent aux accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois, si le Régime Obligatoire français d'Assurance Maladie de l'adhérent s'applique.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de nullité d'adhésion garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

À l'adhésion au Contrat groupe :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ainsi que le mandat de prélèvement (SEPA) ;
- Résider en France métropolitaine, Martinique, Guyane, La Réunion ou Guadeloupe ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et sans limite d'âge à la date d'adhésion figurant sur la demande d'adhésion ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) ;
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat : ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle) ;

Pour le versement de la prestation :

- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date de la prestation.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique selon la périodicité convenue à l'adhésion. La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un (1) an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à sa date anniversaire, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

- À la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la partie à l'origine ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, La Réunion ou Martinique ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur ;



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
Néoliane Santé - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 ;
- Sur l'espace adhérent : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année d'adhésion écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation par l'Assureur. Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.



NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr

Produit co-conçu et distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) et co-distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488.

Produit assuré par **PREPAR IARD** - Immeuble Le Village - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX - SA au capital de 800 000€ - RCS Nanterre 343 158 036 - Entreprise régie par le Code des assurances - N° LEI : 9695008UHMH3007T1B62 - Entité du Groupe BPCE - N° d'identifiant unique ADEME : FR232581_03FWUB.

Assistance : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex - SA au capital de 4 100 000 € - RCS Nanterre 433 012 689 - Entreprise régie par le Code des Assurances - N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !