

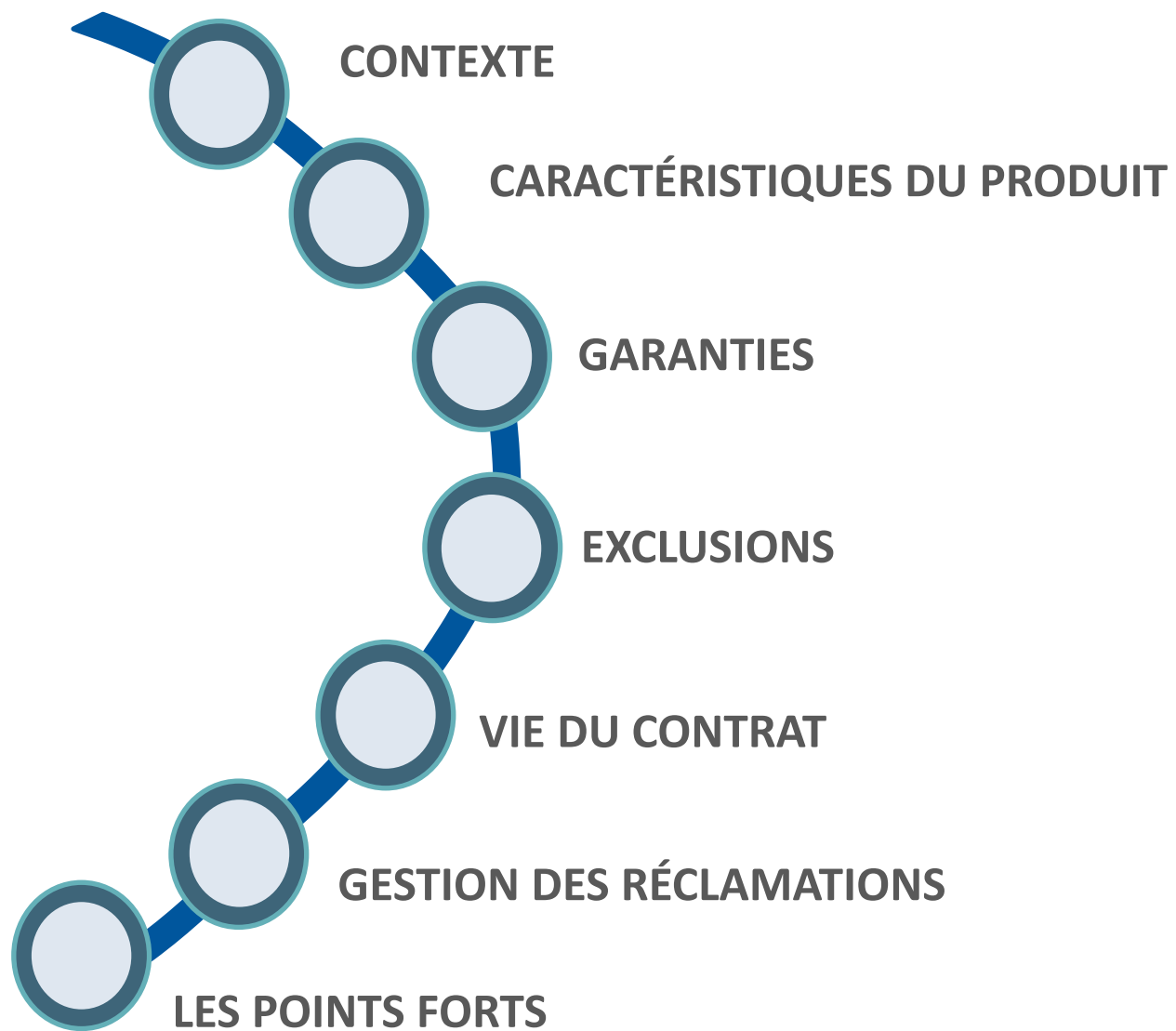
PRÉSENTATION PRODUIT



INNOV'SANTÉ

PRÉSENTATION PRODUIT

SOMMAIRE





CONTEXTE

CRÉATION DU PRODUIT

Le produit **Néoliane Innov'Santé** est un **nouveau produit santé non responsable** et innovant.

Quelle est la différence entre un produit responsable et non responsable ?



CONTRAT RESPONSABLE

- **Obligation de respecter** les critères du **cahier des charges responsables et solidaires** ;
- **Favorise le suivi du parcours de soins coordonnés** mis en place par l'Assurance maladie ;
- **Fixe des planchers ou des plafonds de remboursement** pour certains dépassements de tarifs ou honoraires ;
- **Impose la prise en charge des paniers du 100% santé** ;
- **Ne prend pas en charge certaines dépenses** (dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins, la participation forfaitaire de 1 €, les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport) ;
- **Eligible loi Madelin** ;
- Produit **taxé** à hauteur de **13,27%** (taxe TSA).

CONTRAT NON RESPONSABLE

- **Pas d'obligation de respecter** les critères du **cahier des charges responsables et solidaires** ;
- Par exemple, un **contrat non responsable** peut :
 - **Ne pas prendre en charge les paniers du 100% santé** ;
 - **Ne pas prendre en charge un des quatre grands postes de la complémentaire santé**, comme c'est le cas pour Sant&co qui ne rembourse que l'hospitalisation dans certaines formules ;
 - **Proposer des couvertures en frais réels ou à 500% en dentaire, médecine ou encore hospitalisation** ; alors que ces postes sont plafonnés pour les contrats responsables.
 - **Non éligible loi Madelin** ;
- Produit **taxé** à hauteur de **20,27%** (taxe TSA).



CONTEXTE

CRÉATION DU PRODUIT



Objectifs de Néoliane Innov'Santé :

- Proposer à nos clients une **alternative aux contrats santé responsables et solidaires**, en **supprimant** d'un contrat standard le **panier « 100% santé »** ;
- Offrir une complémentaire santé **couvrant les principaux postes de garanties, mais sans le surcoût généré par le 100% Santé** ;
- **Se démarquer en proposant une nouvelle offre sur un marché peu prisé** → 96% de contrats responsables sur le marché et seulement 4% de non responsables ;
- **Se démarquer en proposant une offre complémentaire et innovante grâce à un forfait global** valable tous les ans pour tout assuré et regroupant les garanties des postes optique, dentaire et aides auditives (postes du 100% Santé sur un contrat responsable) ;
- Proposer une opportunité d'offrir à nos clients une **réelle alternative pour préserver leur budget grâce à un tarif ultra compétitif, tout en assurant leur santé.**



CONTEXTE

POSITIONNEMENT DU PRODUIT

- Vise **tout type de cible** et plus particulièrement les **ménages qui souhaitent maîtriser la consommation de leurs garanties** ;
- **Très bon rapport qualité/prix** : le meilleur de notre gamme santé ;
- **Produit innovant sur le marché** : pas d'offre comparable à date ;
- **7 niveaux de garanties** : pour satisfaire tout type de besoin.

Garanties dont le remboursement est avantageux :

- Prise en charge compétitive des **honoraires en hospitalisation jusqu'à 300%** de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et **jusqu'à 80€ /jour pour la chambre particulière**
- Prise en charge avantageuse de la **cure thermale et de la médecine naturelle***: respectivement jusqu'à 100% + 200€ et jusqu'à 120€



** excepté pour la formule 1*



CONTEXTE

POSITIONNEMENT DU PRODUIT

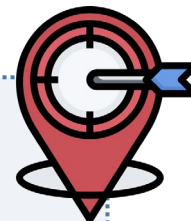
→ **Forfait global valable par assuré, par an et regroupant les garanties optique, dentaire* et audiologie** : tout au long de l'année, le client peut gérer librement son forfait en fonction de ses dépenses. La modularité et la liberté d'utilisation de ce forfait représentent de réels intérêts pour le client. Il a le choix de l'utiliser uniquement sur l'un des trois postes ou bien de répartir ses dépenses.

Exemples :

i) Le 01/01/2022, un client a souscrit à la formule 4 et bénéficie d'un forfait global de 350€. Il utilise la totalité de son forfait pour un équipement optique. Pour effectuer une nouvelle dépense en optique, dentaire ou audiologie, il devra alors attendre le renouvellement de son forfait, qui aura lieu à la prochaine échéance anniversaire de son contrat.

ii) Le 01/01/2022, un client a souscrit à la formule 3 et bénéficie d'un forfait global de 250€. Le 01/06/2022, il dépense 100€ en optique et le 01/09/2022, il dépense 150€ en dentaire. S'il souhaite effectuer des dépenses en audiologie, il sera alors contraint d'attendre le renouvellement de son forfait, qui aura lieu à la prochaine échéance anniversaire de son contrat.

Ce forfait global propose également des **bonus de fidélité** en cas de non consommation du forfait sur les 12 ou 24 derniers mois (rdv en page 16 pour plus de détails).



** excepté soins dentaires, inlays-onlays et parodontologie remboursés par le RO*



CONTEXTE

POSITIONNEMENT DU PRODUIT

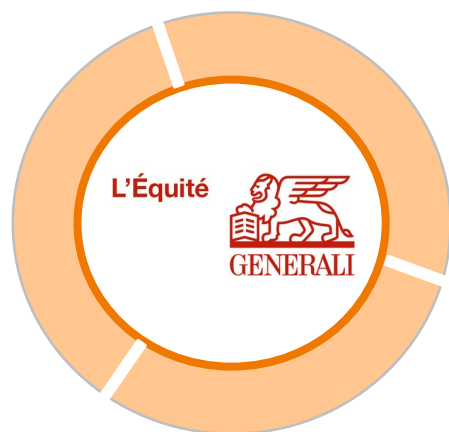


- Comparaison Innov'Santé vs Santéco :
 - 2 produits **non responsables** qui ne proposent pas le remboursement des paniers 100% Santé ;
 - Contrairement à Santéco, **Innov'Santé propose un remboursement sur chaque poste**, le **remboursement des postes optique, dentaire*** et aides auditives sous un forfait global unique valable par an et par assuré et **des bonus de fidélité** ;
 - Les **remboursements des honoraires de chirurgie et anesthésie, des honoraires de médecins généralistes et spécialistes et de la chambre particulière de Santéco sont plus élevés** que ceux d'Innov'Santé (respectivement jusqu'à 400%, 250% et 90€ / jour vs 300%, 200% et 80€ / jour) ;
 - Leur **zonier est différent** ;
 - Leur **commissionnement est identique**.

** excepté soins dentaires, inlays-onlays et parodontologie remboursés par le RO*



LES ACTEURS DU PRODUIT



L'ASSUREUR



LE GESTIONNAIRE

+ délégation de la
gestion des prestations
à Mutua Gestion



**L'ASSUREUR DES
GARANTIES
ASSISTANCE**



LE TIERS PAYANT



LES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT

CIBLES ET GARANTIES

CIBLE	Toute personne (célibataire, couple, famille, jeune, senior, etc.) à partir de 18 ans et sans limite d'âge , quel que soit leur régime obligatoire et leur zone géographique
CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE	Toute CSP confondue (y compris les TNS : professions libérales, médicales, paramédicales, agricoles, etc.)
GARANTIES	7 formules (IS 1, IS2, IS4, IS5, IS6 et IS7) Types de prestations : hospitalisation – médecine de ville – dentaire – optique – aides auditives – cure thermale – médecines complémentaires (100% santé non compris) Forfait global unique : valable tous les ans, par assuré et regroupant les garanties des postes optique, dentaire* et audiologie (*excepté les soins dentaires, inlays-onlays et parodontologie non remboursés par le régime obligatoire)
TERRITORIALITÉ DES GARANTIES	France métropolitaine et dans le monde entier lors de voyages ou de séjours de moins de 3 mois
ASSISTANCE	Filassistance

CONDITIONS

LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION	À partir de 18 ans et sans limite d'âge
LIMITE D'ÂGE AUX PRESTATIONS	Garantie viagère
TERRITORIALITÉ À L'ADHÉSION	France métropolitaine
PROFILS ÉLIGIBLES AU CONTRAT	Les personnes relevant du Régime Obligatoire français
PROFILS NON ÉLIGIBLES AU CONTRAT	Les personnes âgées de moins de 18 ans



Vous êtes tenu de veiller et de faire remonter à Néoliane toute information pertinente sur le produit et le marché cible, notamment si vous identifiez que :

- la cible définie ci-dessus n'est pas adaptée au produit,
- une situation nuisible ou susceptible de nuire au client,
- ou encore une situation de conflit d'intérêt.



LES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT

RÈGLES PRODUIT

FRAIS DE DOSSIER	30€* prélevés le 15 du mois suivant l'adhésion si la date d'effet est à + de 45 jours de la souscription. Lorsque la date d'effet est à - de 45 jours de la souscription, les frais sont prélevés avec la première cotisation.
TARIFICATION	Cotisation de base (calculée en fonction de l'âge millésimé, du régime, de la zone géographique et de la formule choisie) + 2,50€ mensuels à ajouter par contrat (frais d'association et d'assistance)
RÉDUCTIONS	<ul style="list-style-type: none">▪ Réduction de 7% pour un couple▪ Réduction de 10% pour les familles, y compris monoparentales▪ Réduction Alsace-Moselle : 40% formules IS1, IS2, IS3, IS4 et IS5 ; 30% formules IS6 et IS7
RÈGLES SOUSCRIPTION ENFANTS	Dans le cadre d'une souscription « famille » les enfants jusqu'à l'âge de 28 ans (inclus) sont acceptés sans demande de justificatifs**
DATE D'EFFET	La date d'adhésion est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception de la présente demande d'adhésion et dans la limite de M+12.
PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	Le 05 ou le 10 du mois. Mensuel, Semestriel, Trimestriel ou Annuel. Prélèvement automatiquement uniquement.
FORMALITÉ MÉDICALE	Aucune à l'adhésion
CARENCE	Aucune
FRANCHISE	Aucune
DÉLAI DE RÉTRACTATION	14 jours



* Point frais de dossier :

En B2B, ils sont exonérés en cas de couplage avec un produit prévoyance (**non valable en B2C**)

** Justificatifs :

Les enfants âgés de 18 à 28 ans inclus sont acceptés sans demande de justificatif, à l'adhésion et à chaque échéance du contrat, quelque soit leur statut (étudiant, alternant, apprenti, en formation, en recherche d'emploi (inscrits à Pôle Emploi)).



LES GARANTIES DU PRODUIT : HOSPITALISATION

Validité : date de prise d'effet du contrat

Renouvellement : tous les 12 mois à compter prise d'effet

Ajout ayant droit : si un ayant droit est ajouté au contrat, l'ayant droit bénéficiera des mêmes droits que le principal mais conservera son propre forfait.

Avenant formule : si la garantie est modifiée à la baisse ou à la hausse, l'assuré conserve son bonus sur la nouvelle formule



HOSPITALISATION

SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)

	IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	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 réels
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150 %	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %
Chambre particulière (illimité, hors ambulatoire) ⁽³⁾	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽⁴⁾	-	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Confort hospitalier : téléphone, Internet, télévision (par année d'adhésion et par assuré) ⁽²⁾	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires							
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.

(2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité.

(4) Frais de transport du malade ou de l'accidenté 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.

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

Pas de forfait
patient
urgence



LES GARANTIES DU PRODUIT : SOINS COURANTS

Validité : date de prise d'effet du contrat

Renouvellement : tous les 12 mois à compter prise d'effet

Ajout ayant droit : si un ayant droit est ajouté au contrat, l'ayant droit bénéficiera des mêmes droits que le principal mais conservera son propre forfait.

Avenant formule : si la garantie est modifiée à la baisse ou à la hausse, l'assuré conserve son bonus sur la nouvelle formule



SOINS COURANTS

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* (5)		100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	115 %	140 %	165 %	165 %	190 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	130 %	155 %	180 %	180 %	205 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (5)		100 %	100 %	105 %	130 %	130 %	155 %
Actes d'imagerie et d'échographie :							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	105 %	105 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
Actes techniques médicaux pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	130 %	130 %
Honoraires paramédicaux		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical							
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)		-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage		-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(5) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.

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



LES GARANTIES DU PRODUIT : DENTAIRE / OPTIQUE / AIDES AUDITIVES

DENTAIRE / OPTIQUE / AIDES AUDITIVES

Équipements 100% Santé**

Pas de remboursement

Dentaire

Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁶⁾

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

100 %

Forfait global

Valable par assuré et sur une période de douze mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Il regroupe le remboursement des garanties des postes dentaire, optique et aides auditives.

DENTAIRE

Orthodontie remboursée par le RO

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO

Prothèses dentaires, Implants, Parodontie, Orthodontie pour adulte, non pris en charge par le RO ⁽⁷⁾

OPTIQUE

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

Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe

Équipement avec des verres complexes ou très complexes

Monture au sein de l'équipement

Lentilles acceptées ou refusées par le RO

Chirurgie réfractive de l'œil

-

150 €
(forfait
global)

250 €
(forfait
global)

350 €
(forfait
global)

450 €
(forfait
global)

550 €
(forfait
global)

650 €
(forfait
global)

AIDES AUDITIVES

Aides auditives de la Classe II - Panier Libre

Accessoires et fournitures

BONUS FIDÉLITÉ

Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente, le nouveau forfait global sera :

-

300 €

400 €

500 €

600 €

700 €

800 €

Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes, le nouveau forfait global sera :

-

450 €

550 €

650 €

750 €

850 €

950 €

(6) 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.

(7) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.

**Tels que définis réglementairement. 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.

** 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.



LES GARANTIES DU PRODUIT : DENTAIRE / OPTIQUE / AIDES AUDITIVES

FONCTIONNEMENT BONUS DE FIDÉLITÉ – Forfait global

DENTAIRE / OPTIQUE / AIDES AUDITIVES		IS 1	IS 2	IS 3	IS 4	IS 5	IS 6	IS 7
BONUS FIDÉLITÉ	Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente, le nouveau forfait global est :	-	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €
	Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes, le nouveau forfait global est :	-	450 €	550 €	650 €	750 €	850 €	950 €

Validité : à la date anniversaire du contrat dès que l'assuré n'a pas consommé son forfait global sur les 12 ou 24 derniers mois (**le moindre euros dépensé est comptabilisé comme étant une consommation du forfait**).

Renouvellement : à la date anniversaire du contrat dès lors que l'assuré a bénéficié l'année précédente d'un bonus fidélité + a consommé son forfait.

Ajout ayant droit : si un ayant droit est ajouté au contrat, l'ayant droit bénéficiera des mêmes droits que le principal mais conservera son propre forfait.

Avenant formule : si la garantie est modifiée à la baisse ou à la hausse, l'assuré conserve sur la nouvelle formule le bonus acquis. Le nombre de mois acquis sans consommation du forfait global sur l'ancien contrat est également pris en compte et comptabilisé sur le nouveau niveau de garanties.
La période de validité du forfait global reste inchangée : elle correspond à la période de douze (12) mois glissants qui a débuté à compter de la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré.

Exemples :

Date d'effet du contrat :

01/06/2022 au 31/05/2023 = 1^{ère} année d'adhésion, pas de bonus de fidélité et assuré qui ne consomme pas son forfait global

01/06/2023 au 31/05/2024 = 2^{ème} année d'adhésion, bonus de fidélité → +150€ de bonus sur le forfait global et assuré qui consomme son forfait global pendant l'année

01/06/2024 au 31/05/2025 = 3^{ème} année d'adhésion, pas de bonus de fidélité puisque l'assuré a consommé son forfait global l'année précédente

Date d'effet du contrat :

01/06/2022 au 31/05/2023 = 1^{ère} année d'adhésion, pas de bonus de fidélité et assuré qui ne consomme pas son forfait global

01/06/2023 au 31/05/2024 = 2^{ème} année d'adhésion, bonus de fidélité → +150€ de bonus sur le forfait global et assuré qui ne consomme pas son forfait global pendant l'année

01/06/2024 au 31/05/2025 = 3^{ème} année d'adhésion, bonus de fidélité → +150€ de bonus sur le forfait global (soit un bonus de fidélité de 300€ en plus par rapport au forfait initial) et assuré qui consomme son forfait global pendant l'année

01/06/2025 au 31/05/2026 = 4^{ème} année d'adhésion, pas de bonus de fidélité puisque l'assuré a consommé son forfait l'année précédente.

Dans le cas où l'assuré n'a pas consommé son forfait global la 3^{ème} année d'adhésion, son bonus de fidélité reste inchangé la 4^{ème} année par rapport à l'année précédente.



LES GARANTIES DU PRODUIT : AUTRES SOINS ET SERVICES

AUTRES SOINS

Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapie, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)

-	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €
---	------	------	------	------	------	-------

Cure thermique ⁽⁸⁾

-	100 %	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €
---	-------	-----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------

Remboursement
yc en l'absence
de prise en
charge du RO
pour les frais de
transport et
d'hébergement

⁽⁸⁾ Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale et du traitement thermal. Pour les frais de transport et d'hébergement le remboursement est acquis y compris en l'absence de prise en charge du Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.



LES 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-après 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 :

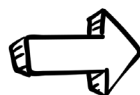
- X de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires, de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes ;
- X de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- X de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de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

Les remboursements ne s'exercent pas pour :

- X Les frais liés aux paniers 100% santé ;
- X La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- X La majoration du Ticket Modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.



ASSISTANCE FILASSISTANCE



Un numéro unique :

09 82 06 60 08

(+33 09 82 06 60 08 depuis l'étranger)

**Prise en charge
24h/24, 7jours/7**



À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmières, intervenants médicaux
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE (DE PLUS DE 3 JOURS) :

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques
- ✓ Livraison de médicaments

EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE AU DOMICILE :

- ✓ Livraison de médicaments

Filassistance vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



VIE DU CONTRAT

RÉSILIATION ET RÉCLAMATION

Résiliation

L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement chaque année à l'échéance anniversaire, sauf en cas de résiliation.

Résiliation par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au siège social :

Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr**, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

Ou par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 Nice

La première année d'adhésion : résiliation au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet la veille de l'échéance principale à 24 heures.

Les années suivantes : à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat.

La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'adhérent.

Rétractation

Délai de renonciation de 14 jours calendaires

Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr**, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »

Ou par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 Nice

Réclamation

Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr**, rubrique « Réclamations »

Ou par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé – Service Qualité – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 Nice



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.

Possibilité de modifier son contrat dès la première année, à échéance, puis à tout moment dès la deuxième année et dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

GESTION DES IMPAYÉS – MUTUA GESTION

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation, le Gestionnaire envoie alors à l'Adhérent, **au plus tôt 10 jours** après l'échéance impayée, une lettre recommandée valant une mise en demeure de payer à son dernier domicile connu. La résiliation prend effet **40 jours** après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.



GESTION DES RÉCLAMATIONS



L'Équité



Réclamation

Niveau 1 et 2



www.monneoliane.fr, rubrique
« Réclamations »



Néoliane Santé
Service Qualité
143 Boulevard René Cassin –
Immeuble Nouvel'R - Bat C –
06200 Nice

Niveau 3



M. le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09



LES AVANTAGES DU PRODUIT



NOMBREUX BONUS FIDÉLITÉ



FORFAIT GLOBAL UNIQUE (OPTIQUE, DENTAIRE & AUDIOLOGIE) valable tous les ans et par assuré



RÉDUCTIONS POUR LES COUPLES : 7%, ET FAMILLES (yc monoparentales) : 10%



CURE THERMALE : PRISE EN CHARGE AVEC OU SANS INTERVENTION DU RO*

**la prise en charge de la cure thermale sans intervention du RO concerne uniquement les frais de transport et d'hébergement*



FORFAIT MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES : nombreux praticiens pris en charge et prise en charge attractive



AUCUNE LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION



PRODUIT TOUTES CIBLES BÉNÉFICIAANT D'UN TARIF COMPÉTITIF AU SEIN DE NOTRE GAMME SANTÉ



BONNES VENTES !

Produit 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 sous le N° B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l’Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par L’ÉQUITÉ – Société anonyme au capital de 69 213 760 euros - Entreprise régie par le Code des assurances – 572 084 697 RCS PARIS - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS - N° d’identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d’assurances sous le numéro 026.

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.

