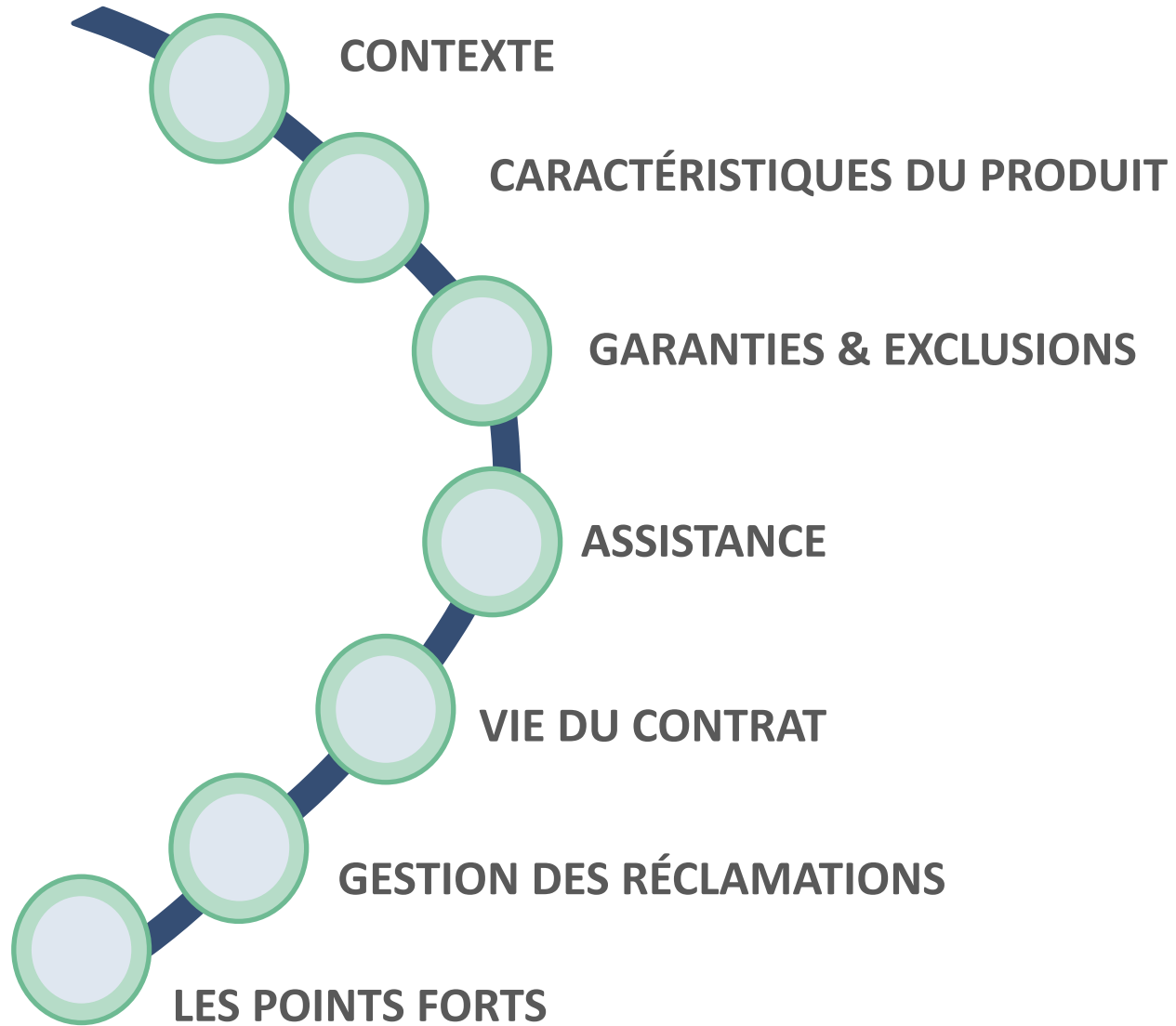




PRÉSENTATION PRODUIT







- **100% Santé**

Depuis le lancement du projet le 1^{er} janvier 2019 : belle avancée sociale qui permettra prochainement d'être le premier pays au monde avec le meilleur taux d'équipement audioprothèses (+77% de personnes équipées entre 2019 et 2021).

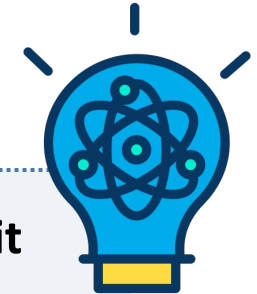
- **Forfait patient urgences (FPU)**

Depuis le 1^{er} janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un « forfait patient urgences (FPU) » d'un montant de 19,61 €. Il remplace les anciens frais qui étaient remboursés à hauteur de 80% par la Sécurité Sociale. La complémentaire santé prendra désormais en charge intégralement ce forfait.

- **Prise en charge des moyens de contraception jusqu'à 24 ans inclus**

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les moyens de contraception remboursables (pilule, stérilet et implant contraceptif) sont désormais délivrés gratuitement et sans avance de frais pour les personnes de moins de 25 ans, contre 18 ans auparavant.

CRÉATION DU PRODUIT



Néoliane Tonik >> une **nouvelle offre santé** qui reprend les **bases du produit Néoliane Equilibre** mais avec **quelques changements et nouveautés** :

- La **suppression des modules** afin de simplifier le produit ;
- Un **ajustement des commissions** et des **tarifs** qui permet d'être plus compétitif ;
- La **suppression réduction TNS et gratuité 3^{ème} enfant** + **ajout clause enfants majeurs** pour simplifier la gestion du produit ;
- Un **ajustement des garanties** et des **bonus** + la **suppression de l'âge limite** à l'adhésion afin d'élargir la cible touchée et attirer de nouveaux clients.

👉 **Offre de conquête** pour réussir à chercher de **nouveaux courtiers en B2B**.

👉 **Produit défensif** pour **protéger nos portefeuilles B2C/B2B**.

POSITIONNEMENT DU PRODUIT



- **Vise tout type de cible ;**
- **Très bon rapport qualité/prix** sur marché santé : **produit entrée de gamme** (niveau de garanties)
 - Les 2 premières formules sont parmi les moins chères de notre gamme santé : conviennent à des personnes qui recherchent une couverture couvrant les besoins essentiels ;
 - La formule 4 est la moins chère : formule la plus compétitive de notre gamme santé ;
 - Les formules 3, 5 et 6 sont également bien positionnées.
- **Produit complémentaire de Privilège** car mêmes objectifs, commissionnements similaires et garanties intercalées.

Ex :

Honoraires Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	120%	140%	165%	190%	215%
HONORAIRES Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %

TONIK

PRIVILÈGE

Objectifs : attirer de nouveaux « petits courtiers » et proposer une solution alternative aux « gros coutiers » pour mieux se défendre.

L'ASSUREUR

PREPAR-IARD
ASSURANCE

LE GESTIONNAIRE



L'ASSUREUR DES GARANTIES ASSISTANCE



LE TIERS PAYANT



LES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT

CIBLES ET GARANTIES

CIBLE	Toutes (familles, couples, jeunes, seniors) à partir de 18 ans inclus et sans limite d'âge , quel que soit leur régime obligatoire (y compris les TNS : professions libérales, médicales, paramédicales, agricoles...)
CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE	Toutes (y compris les TNS : professions libérales, médicales, paramédicales, agricoles, etc.)
GARANTIES	6 formules (Tonik 1, Tonik 2, Tonik 3, Tonik 4, Tonik 5 et Tonik 6) <u>Types de prestations</u> : hospitalisation – médecine de ville – dentaire – optique – aides auditives – cure thermique – médecines complémentaires
TERRITORIALITÉ DES GARANTIES	France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane et à la Réunion + 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
TERRITORIALITÉ À L'ADHÉSION	France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane et à la Réunion
RÉGIMES 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*
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 T1, T2 et T3; 30% formules T4, T5 et T6
RÈGLES SOUSCRIPTION ENFANTS	Dans le cadre d'une souscription « famille » les enfants jusqu'à l'âge de 28 ans sont acceptés sans demande de justificatifs**
DATE D'EFFET	La date d'adhésion est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la présente demande d'adhésion
PERIODICITÉ DE PAIEMENT	Le 05 ou le 10 du mois. Mensuel, Semestriel, Trimestriel ou Annuel
FORMALITÉ MÉDICALE	Aucune à l'adhésion
CARENCE	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)

**NOUVEAUTÉ

Les enfants âgés de 18 à 28 ans sont désormais 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)).



Réforme 100% Santé : permet à l'assuré d'accéder à des équipements sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Pour plus d'information sur la réforme, nous vous invitons à consulter la formation « 100% Santé ».

DÉTAIL DES GARANTIES : HOSPITALISATION

Bonus fidélité
jusqu'à la 4^{ème}
année

Validité : date de prise
d'effet du contrat
Renouvellement : tous les
12 mois à compter prise
d'effet

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 SSR ⁽³⁾	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	115%	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 ambulatoire) ⁽³⁾	-	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/Internet, lit et repas) ⁽⁴⁾	-	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

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 %

(1) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des séjours en gériatrie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales ») et de la thalassothérapie.

(2) Illimité. Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et à 90 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(3) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 90 jours. Hors hospitalisation ambulatoire. La chambre particulière 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 quelque 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.

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

Chambre
particulière : prise
en charge étendue
à 90 jours max /an
et bénéficiaire

NEW

DÉTAIL DES GARANTIES : DENTAIRE

100% SANTÉ DENTAIRE

T1 T2 T3 T4 T5 T6

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 % 230 % 255 %

À compter de la 3^e année d'adhésion

130 % 170 % 195 % 220 % 245 % 270 %

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

145% 185% 210% 235% 260% 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 % 155 % 180 % 205 % 230 % 255 %

À compter de la 3^e année d'adhésion

130 % 170 % 195 % 220 % 245 % 270 %

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

145% 185% 210% 235% 260% 285%

Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾

Illimité 800 € 1000 € 1200 € 1400 € 1600 €

Validité : date de prise d'effet du contrat
Renouvellement : tous les 12 mois à compter prise d'effet

Validité : date de prise d'effet du contrat
Renouvellement : tous les 12 mois à compter prise d'effet, puis garantie réduite à 100% de la BR

⁽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.

**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 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

Validité : date de prise d'effet du contrat

Renouvellement pour les plus de 16 ans :

- **Aucune utilisation** : tous les 24 mois à compter de la prise d'effet du contrat
- **Utilisation complète du forfait** : tous les 24 mois à compter de l'usage du forfait
- **Utilisation incomplète du forfait** : tous les 24 mois à compter du premier usage du forfait

Cas particulier : la prise en charge intervient tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé (6 mois) en cas d'évolution de la morphologie du visage.



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

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
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 €

(7) Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules la prise en charge est limitée à un équipement optique (deux verres et une monture). La fréquence de remboursement pour un équipement est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. 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.

**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 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1er 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.

DÉTAIL DES GARANTIES : SOINS COURANTS

SOINS COURANTS	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Médicaments	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires médicaux						
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>						
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 %
<u>Actes d'imagerie et d'échographie :</u>						
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 %
<div>BONUS FIDÉLITÉ</div> <div>À compter de la 2^e année d'adhésion</div> <div>À compter de la 3^e année d'adhésion</div> <div>À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes</div>	-	-	-	125 %	125 %	150 %
	115 %	115 %	115 %	140 %	140 %	165 %
	130%	130%	130%	155%	155%	180%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	125 %

Validité : date de prise d'effet du contrat
Renouvellement : tous les 12 mois à compter prise d'effet



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

DÉTAIL DES GARANTIES : AIDES AUDITIVES, PRÉVENTION ET SERVICES

Validité : date de prise d'effet du contrat
Renouvellement : tous les 12 mois à compter prise d'effet

NEW

★ **Cure thermique** :
remboursement yc en l'absence de prise en charge du RO
Médecine naturelle :
augmentation nombre praticiens pris en charge

AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾

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 % 130 %

À compter de la 3^e année d'adhésion

120 % 120 % 120 % 140 % 140 % 140 %

À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes

130 % 130 % 130 % 150 % 150 % 150 %

AUTRES SOINS

Cure thermique ⁽¹⁰⁾

100 % 100 % + 50 € 100 % + 50 € 100 % + 75 € 100 % + 75 € 100 % + 100 €

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

30 € 30 € 60 € 60 € 90 € 90 €

⁽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⁾ Remboursement limité aux frais réels. Forfait global annuel comprenant la prise en charge de la surveillance médicale, du traitement thermal et des 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.

**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 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

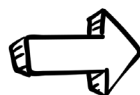


LES GARANTIES NON PRISES EN CHARGE :

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 :

- 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 gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- 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 thermique »), la thalassothérapie.



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

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



RÉSILIATION ET RÉCLAMATION

Résiliation

L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.

Résiliation par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au siège social : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**

Ou sur le site internet : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

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 le site internet : www.neoliane.fr/service-client, 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 - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Réclamation

Sur le site internet : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »

ou par courrier à l'adresse suivante :

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

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.

Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance du contrat 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, le Gestionnaire envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.

En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie, la résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.



LES POINTS FORTS DU PRODUIT



NOMBREUX BONUS FIDÉLITÉ sur plusieurs années



FORFAIT MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES : nombreux praticiens pris en charge



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



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



AUCUNE LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION



PRODUIT TOUTES CIBLES BÉNÉFICIAIRE D'UN TARIF COMPÉTITIF



AUCUNE FORMALITÉ MÉDICALE





MERCI POUR VOTRE ATTENTION !