ws” Malakoff  
ws humanis  
  
COURTAGE

LES POINTS FORTS DU PRODUIT  
  
& UN PRODUIT CONFORME A LA REFORME 100% SANTE  
Vous accédez a des équipements sans reste a charge pour l'optique, le dentaire et les aides  
auditives.  
  
Vv) DES BONUS FIDELITE  
-A compter de la 2°™° année d’'adhésion, certaines garanties en hospitalisation et en dentaire  
augmentent pour étre plus avantageuses.  
- Forfait journalier pour la chambre particuliére (de 40 € a 55 €).  
  
‘V) SERVICES INCLUS  
  
- Services d’assistance.  
- Service médical complémentaire : téléconsultation.  
  
& TIERS PAYANT NATIONAL VIAMEDIS  
Avec pres de 9 millions de bénéficiaires, le réseau Viamedis vous dispense d’avance de frais chez  
de nombreux professionnels de santé, soit plus de 240 O00 accords sur tout le territoire fran¢ais.

TABLEAU DES GARANTIES) = we malakoff  
  
humanis  
  
Adhésion possible a partir de 18 ans et jusqu’a 85 ans inclus  
  
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 sientendent en complement du  
Régime Obligatoire, par assuré.  
  
Optima  
  
‘coNFoRME COO  
‘Giasétorme 400% SANTE :  
  
Qy HOSPITALISATION “ OPTIMA1 OPTIMA2 OPTIMA3 OPTIMA4& OPTIMA5  
SECTEUR CONVENTIONNE (y compris en ambulatoire et a domicile)  
Forfait journalier hospitalier ?) Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels  
Frais de séjour (y compris maternité) © 100 % 130 % 150 % 175 % 200 %  
Frais de séjour et honoraires en réeducation fonctionnelle, maison de repos, 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  
convalescence (suite a hospitalisation) ©)  
HONORAIRES  
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins 5 5 5 5 5  
adhérents a |'OPTAM ou l'OPTAM-CO\* 100 % 130% 150 % 175 % 200 %  
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins 5 5 5 5 5  
non adhérents a l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\* 100 % N10 % 180% 150 % 180%  
Chambre particuliére (hors chambre ambulatoire) “ - 40 €/jour 45 €/jour 50 €/jour 55 €/jour  
See A compter de la 2° année d’adhésion - 45 €/jour 50 €/jour 55 €/jour 60 €/jour  
BONUS FIDELITE .  
A compter de la 3° année d’adhésion et suivantes - 50 €/jour 55 €/jour 60 €/jour 65 €/jour  
Lit accompagnant “) - - 15 €/jour 15 €/jour 15 €/jour  
A compter de la 2° année d’adhésion : Frais de télévision - - 5 €/jour 5 €/jour 5 €/jour  
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  
Forfait patient urgences Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels  
Forfait actes lourds © Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels  
  
SECTEUR NON CONVENTIONNE  
  
Forfait journalier hospitalier 7) 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  
Frais de séjour (y compris maternité) ©) 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  
HONORAIRES  
  
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  
  
100%.  
  
SANTE QW DENTAIRE Depuis le 1°" janvier 2020 - Réforme 100% Santé  
  
Soins et prothéses 100% Santé (Panier 100% Santé)\*\* Zéro reste a charge sur une sélection d'équipements\*\*  
  
SOINS AUTRES QUE 100 % SANTE  
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO” 100 % 100 % 100 % 125 % 150 %  
Orthodontie remboursée par le RO 100 % 100 % 125 % 150 % 200 %  
  
\_ A compter de la 2° année d’adhésion 115% 125% 150 % 175% 225%  
BONUS FIDELITE .  
A compter de la 3° année d’adhésion et suivantes 130% 150 % 175% 200% 250%  
  
PROTHESES AUTRES QUE 100 % SANTE - PANIER HONORAIRES MAITRISES OU LIBRES  
Prothéses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO 100 % 100 % 125 % 150 % 200 %  
A compter de la 2° année d’adhésion 115% 125% 150 % 175% 225%  
  
BONUS FIDELITE  
  
A compter de la 3° année d’adhésion et suivantes 130% 150 % 175% 200% 250%  
  
0,  
sit GQ OPTIQUE ® Depuis le 1\* janvier 2020 - Réforme 100% Santé  
  
Equipements 100% Santé\*\*  
Equipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé  
  
Zéro reste a charge sur une sélection d'équipements\*\*  
  
Monture et verres (@quipements de la Classe B - Panier Libre)\*\*\* :  
  
Equipement a verres simples ou équipement avec un verre simple et un  
  
verre complexe ou trés complexe 100 % 100 € 125€ 150 € TH €  
Equipement avec des verres complexes ou trés complexes 100 % 150 € 200 € 225 € 250 €  
& Dont monture au sein de l'equipement limitée a : 100 % 100 € 100 € 100 € 100 €  
  
Lentilles remboursées par le RO (par an) (y compris lentilles jetables) © 100 % 100 % 100 € 100 € 100 €

—  
N  
o  
N  
»  
fo]  
°  
  
TG\_NEOOPTIMA  
  
[+] SOINS COURANTS  
  
MEDICAMENTS  
HONORAIRES MEDICAUX  
  
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :  
  
Médecins adhérents a l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*  
Médecins non adhérents a l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*  
Actes d'imagerie et actes d'échographie :  
Médecins adhérents a l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*  
Médecins non adhérents a l'OPTAM ou l'OPTAM-CO\*  
  
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents a  
  
'OPTAM ou I'OPTAM-CO\*  
HONORAIRES PARAMEDICAUX  
  
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE  
MATERIEL MEDICAL  
  
Prothéses et appareillages (petit appareillage et accessoires)  
Prothéses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage  
  
100%  
SANTE  
  
Equipements 100% Santé (Classe | - Panier 100% Santé)\*\*  
  
AIDES AUDITIVES "°)  
  
Aides auditives de la Classe || - Panier Libre  
  
Accessoires et fournitures  
  
LES + PREVENTION  
Actes de prévention remboursés par le RO  
  
SERVICES  
  
Tiers payant national Viamedis — Remboursements automatisés  
(télétransmission)  
  
Téléconsultation  
  
Services d’assistance (aide a domicile, présence d’un proche au chevet,  
garde des animaux, ect.)  
  
L'assureur des garanties est QUATREM.  
  
A 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 legislatifs 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). Sauf mention contraire, seules les  
prestations ayant données lieu a un remboursement du Régime Obligatoire ouvrent  
droit 4 un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l’'absence  
de déclaration a 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 a la date des soins. Ce montant d’honoraires ne peut en  
aucun cas faire l’objet d'un remboursement. Sauf mention particuliére, les garanties  
ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité Sociale et le secteur  
conventionné.  
  
(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie - hors chirurgie esthétique.  
  
(2)La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les  
établissements de santé, a l'exception des unités de soins de longue durée (USLD)  
ou la durée est limitée a trente (30) jours. Par contre, le forfait journalier facturé par  
les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées  
(MAS) ou les établissements d’hébergement pour les personnes dépendantes  
(EHPAD), n'est pas pris en charge.  
  
(3) Limité a hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (dix (10) jours par  
an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie  
et assimilés, trente (30) jours en en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de  
réadaptation (SSR) (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), unités  
de soins de longue durée (USLD) et établissements d’hébergement pour personnes  
agées tels que définis dans l'article L174-6 du code de la SS et a l'art L 312-1 du code  
de l'AS&F) puis réduite a 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale,  
par an et par Assuré.  
  
(4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée a trente (30) jours.  
La chambre particuliére et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans  
les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés,  
cures de désintoxication en cas d’alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de  
rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR),  
unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d’hébergement pour  
personnes agées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation  
concerne un enfant de moins de 16 ans.  
  
(5) Il siagit 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. SMUR : Structure Mobile d’'Urgence et de Réanimation. Organisation  
régionale mettant a la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant  
d’assurer les premiers soins et le transport d’un malade dans un service hospitalier.  
  
(6) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R160-16 du Code de la  
  
OPTIMA1 OPTIMA2 OPTIMA3 OPTIMA4 OPTIMAS5  
  
00% 00% 00% 00% 00%  
00% 00% 00% 00% 25%  
00% 00% 00% 00% 05%  
00% 00% 00% 00% 00%  
00% 00% 00% 00% 00%  
00% 00% 00% 00% 00%  
00% 00% 00% 00% 00%  
00% 00% 00% 00% 00%  
00% 00% 00% 00% 25%  
00% 00% 00% 00% 25%  
  
nvier 2021 - Réforme 100% Santé  
  
Depuis le 1° j  
  
Zéro reste a charge sur une sélection d’équipements\*™\*  
  
100 % 100 % 100 % 100 % 125 %  
100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  
100 % 100 % 100 % 100 % 125 %  
  
Dispense de l'avance des frais auprés des professionnels de santé  
Service inclus et disponible dés la prise d'effet de votre contrat  
  
Bénéficiez de l'assistance dés la prise d'effet du contrat santé  
  
Sécurité Sociale et sera adapté en cas d’évolution fixée par décret.  
  
(7) 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.  
  
(8) La fréquence de remboursement pour un equipement 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’a 6  
ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture a la morphologie du visage  
de l'enfant entrainant une perte d’efficacité du verre correcteur. La périodicité de  
deux ans, d’un an ou de six mois est appréciée a 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 a des situations médicales particuliéres définies reglementairement.  
Conformément 4a la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres  
et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste a charge pour  
les Assurés (Equipements 100% Santé de classe A). Les Assurés peuvent toujours  
choisir des €quipements différents, aux prix libres (equipements de classe B). Dans  
ce deuxiéme cas, le remboursement des montures sera plafonné a 100€. L’Assuré  
peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste a charge (classe A)  
avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné a 100€) ou  
inversement.  
  
(9) Pour les formules OPTIMA 1 et OPTIMA 2, les lentilles refusées par le Régime  
Obligatoire ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire. Au-dela du  
forfait, les lentilles sont remboursées au ticket modérateur.  
  
(10) Limitation a 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le  
remboursement de la Sécurité Sociale. La frequence de remboursement pour un  
équipement par oreille est tous les quatre ans.  
  
(11) Tels que définis par la liste fixée par l’arrété du 8 juin 2006.  
  
\*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire  
Maitrisée Chirurgie Obstétrique.  
  
“Tels que définis reglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les €quipements  
100% SANTE sur la page suivante. Le 100% SANTE vous permet d'accéder a une offre  
sans reste a 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 ler janvier 2020 pour le panier  
optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le ler janvier 2021  
pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.  
  
\*\* Verre « simple » : il sagit d’un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu’a -6, une  
hypermétropie jusqu’a +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.  
  
Verre « complexe » : il s'agit soit d’un verre unifocal qui corrige une myopie au-dela de  
-6, une hypermétropie au-dela de +6 ou une astigmatie au-dela de -4 ou +4, soit d'un  
verre multifocal ou progressif.  
  
Verre « tres complexe » : il siagit soit d’un verre multifocal ou progressif qui corrige  
une myopie ou une hypermétropie au-dela de -4 ou +4, soit d'un verre progressif  
ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-dela de -8 ou +8  
accompagnée d'une astigmatie.

Le 100% Santé vous permet d’accéder a une offre sans reste a 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.  
  
SOO),  
100% SANTE  
  
DEPUIS LE 1°\* JANVIER 2021  
  
100%,  
SANTE  
  
ZERO RESTE A  
CHARGE SUR  
  
L-ENSEMBLE DU  
PANIER OPTIQUE (1)  
  
100%,  
SANTE  
  
ZERO RESTE A  
CHARGE SUR  
L’ENSEMBLE DU  
PANIER DENTAIRE (2)  
  
ZOOM  
  
100%,  
SANTE  
  
ZERO RESTE A  
CHARGE SUR  
  
L-ENSEMBLE DU  
PANIER AIDES  
AUDITIVES (3)  
  
SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTE »  
  
OPTIQUE - Classe A  
  
Zéro reste a 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 modeéles - 2 coloris)  
Pour les enfants (10 modéles - 2 coloris)  
  
Prix limite de vente des montures : 30€  
  
EQUIPEMENT MIXTE  
VERRES SANS RESTE A CHARGE  
+MONTURE ATARIFS LIBRES.  
ou  
  
MONTURE SANS RESTE A CHARGE  
+ VERRES A TARIFS LIBRES  
  
wy  
  
DENTAIRE - Panier 100% Santé  
Zéro reste a charge  
  
Couronnes :  
  
eCéramiques monolithiques et  
céramo-métalliques sur les dents  
visibles (incisives, canines et 1°°  
prémolaires)  
  
¢ Céramiques monolithiques zircones  
(incisives et canines)  
  
¢ Métalliques (pour toutes les dents)  
  
Inlay-Core et couronnes  
transitoires  
  
Bridges:  
  
e Céramo-meétalliques sur les dents  
visibles (incisives)  
  
e Métalliques pour toutes les dents  
  
Prothéses amovibles a base de  
  
résine  
  
AIDES AUDITIVES - Classe |  
Zéro reste a charge  
  
Equipements de qualité  
Tous les types d'appareils sont  
  
concernés :  
Contour d'oreille classique, contour a  
écouteur déporté, intra-auriculaire  
  
Les caractéristiques :  
  
e 4 ans de garantie  
  
e 30 jours minimum d’essai avant  
achat  
  
e 12 canaux de réglage  
  
Au moins 3 des options  
  
techniques suivantes :  
  
systeme anti-acouphene, connectivité  
sans fil, reducteur de bruit du vent,  
synchronisation binaurale, bande  
passante élargie = 6000 Hz, fonction  
apprentissage de sonie, dispositif  
anti-réverbération

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS  
  
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.  
  
Les exemples de remboursements ci-dessous n’ont pas de valeur contractuelle. Ils s’adressent a un bénéficiaire adulte résidant  
en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du Ticket Modérateur (donc non pris en  
charge 4 100 % par l'assurance maladie obligatoire).  
  
HOSPITALISATION  
  
CHAMBRE PARTICULIERE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER  
(sur demande du patient) (hébergement)  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts MM Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts |  
  
Dépense NC 20 €  
Remboursement  
  
du RO O€ O€  
Remboursement  
  
Néoliane Optima 0 10 S 50 € SS € 20€  
  
Reste a charge Selon dépense engagée Oo€  
  
FRAIS DE SEJOUR EN SECTEUR PRIVE  
Séjours avec actes lourds. L'hdpital public inclut la remunération 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.  
  
Opty pt2 pts pth ts  
  
Dépense 835,60 €  
Remboursement  
du RO 811,60 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 24€  
Reste a charge Oo€  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
835,60 € (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)  
  
OPERATION EN SECTEUR PRIVE  
Honoraires chirurgien  
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO  
  
| Opti | Opt2 | Opts | Opts | Opts |  
  
OPERATION EN SECTEUR PRIVE  
Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non  
adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | opts |  
  
Remboursement  
du RO 271,70 € 271,70 €  
Remboursement  
Néoliane Optima O€ 8151€ 83,30 € O€ 27,17 € 8151€ 135,85€ | 15930 €  
Reste a charge 83,30 € 1,79 € Oo€ 159,30 € 132,13 € 77,79 € 23,45 € O€  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
271,70€  
  
FRAIS DE SEJOUR EN SECTEUR PUBLIC  
Séjours sans actes lourds. L’hdpital public inclut la remunération 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 hdpital public.  
  
Opti | pt2 | pts pte pts  
  
Dépense 3541€  
Remboursement  
du RO 2 832,80 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 708,20 €  
Reste a charge O€  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
3541€

DENTAIRE  
  
6  
  
COURONNE CERAMO-METALLIQUE  
sur incisives, canines et premieres prémolaires  
Soins et prothéses 100% santé  
  
|\_Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts |  
  
DETARTRAGE  
Soins (hors 100% santé)  
  
Opti | Opt2 | Opts | opts | opts |  
  
Dépense Soo € 43,38 €  
Remboursement  
du RO 72€ 26,03 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 428 € 17,35 €  
Reste a charge o€ o€  
  
Dépense  
  
Remboursement  
du RO  
  
Remboursement  
Néoliane Optima  
  
Reste a charge  
  
OPTIQUE  
  
6  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
120 €  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
43,38 €  
  
COURONNE CERAMO-METALLIQUE SUR  
MOLAIRES Prothéses (hors 100% santé)  
  
| Opti | Opt2 | Opts | Opts | opts |  
  
538,70 €  
7T2€  
48 € 78 € 108 € 168 €  
418,70 € 388,70 € | 358,70€ | 298,70€  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
120 €  
  
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.)  
Orthodontie (moins de 16 ans)  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | opts |  
  
720 €  
193,50 €  
O€ 48,38 € 96,75 € 193,50 €  
526,50 € 478)2€ | 429,75€ 333 €  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
193,50 €  
  
VERRES SIMPLES ET MONTURE  
Equipements 100% santé  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts |  
  
Néoliane Optima  
  
Dépense 41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité a 1OO€)  
Remboursement  
du RO 20,70 €  
Remboursement  
91,30 €  
  
Reste a charge  
  
Dépense  
  
Remboursement  
du RO  
  
Remboursement  
Néoliane Optima  
  
Reste a charge  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
12,75 € par verre +9€  
  
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE  
Equipements 100% santé  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | opts |  
  
90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité a 100€)  
  
37,80 €  
  
172,20 €  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
27 € par verre + 9€  
  
\_ VERRES SIMPLES ET MONTURE  
Equipements (hors 100% santé) - +16 ans  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts |  
  
VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE  
Equipements (hors 100% santé) - +16 ans  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts  
  
100 € PAR VERRE +139 € PAR MONTURE (limité a 1OO0€) 231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité a 100€)  
0,09 € 0,09 €  
  
0,06 € 124,91 149,91 174,91 199,91 € 0,06 € 149,91€ |} 199,91 224,91 249,91  
  
338,85 € 214€ 189 € 164 € 139 € 600,85 € 451€ 401 € 376 € 351€  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
0,05 € par verre + 0,05 €  
  
FORFAIT ANNUEL LENTILLES  
non remboursées par le Régime Obligatoire  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | opts |  
NC  
  
OPERATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE  
Chirurgie réfractive  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts |  
NC  
  
Néoliane Optima  
  
Dépense  
Remboursement  
du RO O€ O€  
Remboursement  
O€ 100 € O€  
  
Reste a charge  
  
Selon dépense engagée  
  
Selon dépense engagée

PAR OREILLE (100% SANTE) PAR OREILLE (HORS 100% SANTE)  
Pour un patient de plus de 20 ans Pour un patient de plus de 20 ans  
Equipements 100% santé Equipements (hors 100% santé)  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts MH Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | opts |  
Dépense 950 € 1178 €  
Remboursement  
du RO 240 € 240 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 710 € 160 € 260 €  
Reste a charge o€ 778 € 678 €  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
400 € par oreille pour un patient de plus de 20 ans  
CONSULTATION MEDECIN TRAITANT GENERALISTE CONSULTATION PEDIATRE  
Pour un patient de plus de 18 ans Pour enfant de moins de 6 ans  
i Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)  
  
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts HM Opti | Opt2 | opt3 | Opts | Opts |  
35€  
  
Dépense Zo€  
Remb' t  
om URO 19€ 24,50 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 9€ 1050 €  
Reste a charge 2€ O€  
Base de remboursement du Régime Obligatoire : Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
S0€ 35 €  
CONSULTATION PEDIATRE  
  
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE Pour un patient  
de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc) Pour enfant de moins de 6 ans  
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO  
  
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts M Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | Opts  
Sso€  
  
Dépense 37 €  
Remboursement  
du RO 23,90 € 24,50 €  
Remboursement  
Néoliane Optima IO € 10,50 € 19,25€  
Reste a charge 2€ I5€ 6,25€  
Base de remboursement du Régime Obligatoire : Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
STE 355 €  
  
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE Pour un patient CONSULTATION PEDIATRE  
de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc) Pour enfant de 2 416 ans. Honoraires médecins secteur 2  
(non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)  
  
Honoraires médecins secteur 2 (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)  
| Opti | Opt2\_| Opt3 | Opts | Opts | Opel | Optz. | Opts | Opts | opts  
  
Dépense 54€  
Remboursement 23,90 € 1610 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 1110 € 20,35 € 6,90 € 8,05 €  
Reste a charge 19€ 9,75 € 32€ 30,85 €  
Base de remboursement du Régime Obligatoire : Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
37 € 23€  
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE Pour un patient de plus ACHAT D'UNE PAIRE DE BEQUILLES  
Matériel médical  
  
de 18 ans (gynécologie, ophtalomologie, dermatologie, etc) Honoraires  
médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)  
Opt2 | Opt3 | Opt4 | Opts  
  
| Opti | Opt2 | Opt3 | Opts | opts Hi Opti  
25,80 €  
  
Dépense S7€  
Remboursement  
du RO 14,10 € 14,64 €  
Remboursement  
Néoliane Optima 6,90 € 8,05 € 9,76 € l6€  
Reste a charge 36€ 34,85 € 1,40 € Oo€  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
  
Base de remboursement du Régime Obligatoire :  
23€ 24,40€

UN SERVICE DE TELECONSULTATION  
  
INCLUS DANS VOTRE CONTRAT  
  
Pour mieux vous accompagner a chaque  
instant, votre contrat santé vous donne  
acces dés sa prise d’effet a un service de  
téléconsultation : MaQuestionMedicale.  
  
Cette plateforme, accessible 7/7 de 8h a  
23h vous met en relation avec un médecin  
généraliste en quelques clics.  
  
Dés 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 étes directement  
reconnus grace a votre numéro de sécurité  
sociale !  
  
MaQuestionMedicale  
  
Besoin d’une assistance ? Une équipe dédiée  
se tient a votre disposition au 05 68 14 03 67. a  
  
© COMMENT VOUS INSCRIRE ?  
  
CJ ow  
  
a aes  
Sur la plateforme Via application mobile  
MaQuestionMedicale 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 a 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 aodt 2016  
  
\_ ‘TITRE! ;  
FORMATION - DENOMINATION - DUREE - OBJET  
COMPOSITION - SIEGE SOCIAL  
  
ARTICLE 1. CONSTITUTION  
  
ll est créé une Association de prévoyance régie par la loi  
du ler juillet 1901, les articles LI41-7 et R141-1 a R141-9 du  
Code des assurances et tous textes qui viendraient, le  
cas échéant a les modifier ou les compléter, ainsi que  
par les présents statuts et le cas échéant, son Reglement  
ntérieur.  
  
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 relevent  
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 auprés 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 a |l’'Association ; les  
demandes d’admission a ce titre seront soumises a  
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 |'Association et paient a ce titre une  
  
cotisation.  
  
Ces différentes catégories peuvent comporter  
  
personnes physiques et des personnes morales.  
  
La qualité de membre de |’Association s'acquiert par  
  
adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission,  
  
décés, radiation sur décision du Conseil d’Administration  
pour non reglement des cotisations ou pour motifs  
graves.  
  
La qualité de membre adhérent se perd également a  
  
la fin de ladhésion aux contrats collectifs d’assurance  
  
a la suite d’une renonciation, d’un rachat anticioé ou a  
  
l'échéance normale.  
  
La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil  
  
d’'Administration et n’a pas a étre motivée.  
  
Chaque adhérent personne morale, sil représente  
  
plusieurs assurés, sera redevable d’autant de droits  
  
d'adhésions qu'il représente d’assurés.  
  
des  
  
ARTICLE 4. SIEGE SOCIAL  
  
Le Siége Social est fixé 30/32 Boulevard de Vaugirard  
- 75015 PARIS. Il peut étre transféré en tout autre lieu  
sur décision du Conseil d’'Administration, qui est alors  
autorisé a modifier le présent article en conséquence.  
  
TITRE Il  
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 intérét ni aucun mandat  
dans l'organisme d'assurance signataire du contrat  
d’assurance de groupe ni recevoir ou avoir regu au Cours  
de la méme période aucune rétribution de la part de ces  
mé€mes organismes ou sociétés.  
  
Ces Administrateurs peuvent étre choisis parmi les  
membres de |'Association ou en dehors et étre soit des  
personnes physiques, soit des personnes morales qui  
désigneront leur représentant permanent.  
  
Les Administrateurs sont élus pour une durée de Sans et  
sont rééligibles.  
En cas de décés ou de démission d'un Administrateur  
en courant d’année, il est pourvu a son remplacement  
provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé a son  
remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée  
Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent  
fin a l'@poque ou devrait normalement expirer le mandat  
des membres remplacés.  
  
Les fonctions de membre du Conseil d'Administration  
sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu a un  
remboursement des frais engagés dans lintérét de  
Association. D'autre part, le Conseil d’Administration  
peut décider d’allouer, dans les limites fixées par  
Assemblée Générale, des indemnités et avantages au  
titre de membre du conseil a ses administrateurs.  
  
Le président du Conseil d'Administration informe chaque  
année l'Assemblée Générale du montant des indemnités  
et avantages alloués conformément a l'alinéa précédent  
aux membres du Conseil d’Administration.  
  
ll informe également l'Assemblée Cénérale de toute  
rémunération versée par l’entreprise d’assurance a un  
ou a plusieurs membres du Conseil d’'Administration et  
lige au Montant de cotisations ou a 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 étre  
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 |’Association.  
  
| peut €galement désigner pour constituer le Bureau un  
ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier,  
ces deux derniers pouvant étre choisis en dehors des  
Administrateurs.  
  
Le Président réunit et préside le Conseil d’Administration  
et le Bureau. Il assure la gestion courante de |'Association,  
applique et fait appliquer les décisions du Conseil  
d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses  
pouvoirs a un autre membre du Bureau.  
  
Les attributions des membres du Bureau et le  
fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le  
Reglement Intérieur.  
  
ARTICLE 7. FONCTIONNEMENT DU  
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.  
  
| peut désigner un Secrétaire Général de |’'Association et  
un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir  
toute documentation relative a la réalisation technique  
de l'objet de |'Association.  
  
Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques  
assistent aux réunions du Conseil d’'Administration et du  
Bureau avec voix consultative .  
  
| peut délibérer quel que soit le nombre des membres  
présents. Les décisions sont prises a 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 Réeglement  
Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents  
pour le calcul du quorum et de la majorité.  
  
ll est tenu procés-verbal des séances du \_ Conseil  
d'Administration.  
  
CONSEIL  
  
ARTICLE 8. POUVOIRS DU CONSEIL D’ADMINISTRA-  
TION  
  
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 a la plus proche  
assemblée.  
  
Le Conseil d’Administration établit chaque année un  
  
GPS T—  
  
Association GPST  
  
30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS  
  
rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits  
par l’'Association ; le rapport est tenu a la disposition des  
adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le  
Reglement Intérieur  
  
ARTICLE 9. REPRESENTATION 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 a cet effet par  
le Conseil d’Administration.  
  
TITRE III  
ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRES ET  
  
EXTRAORDINAIRES  
  
ARTICLE 10. COMPOSITION DES ASSEMBLEES  
L’'Assemblée Générale est constituée par les membres de  
l'Association présents ou représentés.  
  
Tout membre a 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 a l'Assemblée Générale,  
les adhérents ont la faculté de donner mandat a un  
autre adhérent ou a 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 Reglement Intérieur.  
Chaque adhérent dispose d’une voix. Les mandataires  
peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés  
a d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de  
pouvoirs dont un méme adhérent peut disposer, ne peut  
dépasser 5 % des droits de vote.  
  
Tous les pouvoirs en blanc retournés a |’Association  
donnent lieu a un vote favorable a l'adoption des  
projets de résolution présentés ou agrées 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 a  
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 dixieme des  
adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixieme  
est Supérieur a cent.  
La convocation aux assemblées générales est individuelle  
: cette convocation précéde de trente jours au moins la  
date fixée pour la réunion de l’assemblée.  
  
Cette convocation pourra étre transmise ainsi  
  
que

STATUTS CONSTITUTIFS  
Le 10 juillet 2012  
  
Modifiés par l’'Assemblée Générale mixte du 10 aodt 2016  
  
l'ensemble des documents nécessaires par Internet a  
l'adresse e-mail que ladhérent aura communiqué a  
l'Association lorsqu’il sera invité a 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 troisieme alinéa.  
  
Elle peut mentionner également la date a 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 figurait pas a l’ordre du jour.  
L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer  
que si mille adhérents ou un trentigme des adhérents  
au moins sont présents, représentés ou ont voté par  
correspondance (y compris par voie électronique et par  
internet). Si, lors de la premiére convocation, l'assemblée  
n’a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est  
convoquée. Elle délibére alors valablemment 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’ASSEM-  
BLEE GENERALE  
  
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 financiére de l'Association.  
  
ARTICLE 13. PROCES-VERBAL  
  
ll est tenu une feuille de présence a l’Assemblée.  
  
Les délibérations de l’Assemblée sont constatées par des  
proces-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés  
par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou  
extraits de ces procés-verbaux sont signés par le Président  
du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus ala  
disposition des adhérents au siége de |’Association, pour  
consultation, sous condition de justifier de sa qualité  
d'adhérent.  
  
ARTICLE 14. ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE  
Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d’au moins  
10 % des membres de |’Association, le Président du Conseil  
d’'Administration est tenu de convogquer une Assemblée  
Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois a  
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 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 étre prises a 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. ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE  
  
Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire  
sont adoptées a la majorité simple des votants. Chaque  
membre dispose d'une voix.  
  
LAssemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs.  
Elle approuve les comptes de I’Association pour l'exercice  
écoulé au plus tard dans les six mois de sa cléture, c’est-  
a-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 |’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 matiéres que la résolution définit. Le Conseil  
d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la  
délégation prévue a larticle 8.  
  
ARTICLE 16. REGLEMENT INTERIEUR  
  
Un reglement intérieur peut étre établi et modifié par le  
Conseil d’'Administration sous réserve de la ratification de  
la plus prochaine Assemblée Générale.  
  
TITRE IV  
RESSOURCES - DEPENSES - 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 recues 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. DEPENSES  
  
Les dépenses de |l’'Association sont constituées, en dehors  
  
des frais d’administration et de gestion, par:  
  
-toutes les sommes destinées a faire face aux charges  
resultant 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 a cet effet par le Conseil d’Administration.  
  
ARTICLE 19. COMPTES ANNUELS  
  
Il est tenu une comptabilité faisant apparaitre

annuellement un compte d'exploitation générale et un  
Bilan.  
  
Si les recettes annuelles excéedent les dépenses,  
l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution,  
est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du  
Conseil.  
  
Les comptes de |'Association peuvent étre consultés a  
son Siége par tout groupe d’adhérents, représentant la  
moitié plus un des membres de |'Association, a 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 régles de la profession. II établit et présente  
chaque année a l'assemblée générale appelée a statuer  
sur les comptes de l’exercice clos, un rapport rendant  
  
GPS T—  
  
Association GPST  
  
30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS  
  
compte de sa mission et certifiant la régularité et la  
sincérité des comptes.  
  
TITREV  
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 I|'Association.  
  
Cette Assemblée détermine souverainement les  
conditions dans lesquelles les membres de |’'Association  
seront admis, s'il y a lieu, a reprendre tout ou partie de  
leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, aprés  
paiement des charges de |’Association et des frais de sa  
liquidation, conformément a la loi.

neoliane  
  
PREAMBULE  
  
Le contrat d’assurance frais de santé NEOLIANE OPTIMA  
est un contrat collectif d’assurance a adhésion facultative  
individuelle, régi par les articles LI41-1 et suivants du Code  
des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.  
Ce contrat releve des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie)  
définies a l'article R321-1 du Code des assurances. || est  
dénommé ci-aprés le Contrat groupe.  
  
ne adhésion au Contrat groupe est composée des  
ocuments suivants :  
  
-Le bulletin d’adhésion signé par le demandeur a  
l'assurance ;  
  
- Laprésente Notice d'information qui définit les garanties,  
les engagements réciproques ainsi que les dispositions  
relatives a 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.  
  
Qc  
  
Liensemble de ces documents constitue de facon  
indissociable le Contrat groupe auquel les parties  
siengagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d’entre  
eux séparément de tous les autres. En cas de modification  
desgaranties (cf. article 5.3), le dernier Certificat d’adhésion  
adressée a |’Adhérent, vient compléter l'ensemble de  
ces documents. Le Contrat groupe est soumis a la loi  
francaise et toute action judiciaire y afférent sera du  
ressort exclusif des Tribunaux francais.  
  
L’Assureur et co-concepteur du Contrat Groupe est  
QUATREM, Société anonyme au capital de 510 426 261 €  
—Immiatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés  
de Paris sous le N° 412 367 724 — Société du groupe  
Malakoff Humanis — Siége social : 21 rue Laffitte  
  
- 75009 Paris, ci-aprés dénommée |'« Assureur ».  
  
Le Souscripteur est ‘Association Groupement pour la  
Prévoyance et la Santé pour Tous, Association régie  
par la loi du ler juillet 1901 — Siége social : 30/32 Boulevard  
de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-aprés dénommée  
|'« ASSOCIATION GPST ». L'‘Association GPST souscrit ce  
Contrat groupe au profit de ses Adhérents auprés de  
Quatrem.  
  
Le co-distributeur est NEOLIANE SANTE, Société  
par actions simplifige au capital de 2 OOO OOO € -  
mmiatriculée au Registre du Commerce de Nice sous  
le N° B 510 204 274 — Immatriculée a |'Orias sous le  
N° 09 050 488 (www.orias.fr) — Siege social : 143 Boulevard  
René Cassin - Immeuble Nouvel’R - Bat C - CS 63278 -  
06205 NICE CEDEX 3, ci-aprés dénommeé le « Courtier ».  
  
L'Assureur délegue la gestion des garanties du Contrat  
groupe a MUTUA GESTION, Société par actions simplifiée  
unipersonnelle au capital de 4 300 OOO€ — Immatriculée  
au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse  
sous le N° 788 998 078 —- Immiatriculée au Registre des  
  
> Optima  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
intermédiaires en assurance tenu par l'ORIAS sous le N°  
13 007 119 — Siége social : 187 Avenue Jacques Douzans  
- BP 90051 - 31600 MURET, ci-aprés dénommeé le  
« Gestionnaire ».  
  
Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat Groupe  
est GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH) - SAS au capital  
de 511539 € — RCS Paris 812 962 330 — 30/32 Boulevard de  
Vaugirard- ‘75015 PARIS -— Intermédiaire en assurances  
— Immatriculée a l'Orias N°19 004 119 (wwwa.oriasfr). —  
Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.  
  
Les sociétés GSH, NEOLIANE SANTE, MUTUA GESTION  
et QUATREM sont soumises au contrdéle de |'Autorité de  
Contréle Prudentiel et de Résolution (ACPR) — 4 Place  
de Budapest — CS 92459 — 75436 Paris Cedex O9. Elles  
siengagent a utiliser la langue francaise pendant toute la  
durée du Contrat groupe.  
  
DEFINITIONS  
  
Accident : toute atteinte ou lésion corporelle provenant  
exclusivement de laction violente, soudaine et  
imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle  
de la part de l’'Adhérent. Ne sont pas considérés comme  
accidentels les maladies aigués ou chroniques, les  
dommages résultant d'un traitement médical ou  
chirurgical ou de conséquences d’examens médicaux.  
  
Adhérent : Les Adhérents sont des personnes physiques,  
a partir de 18 ans et jusqu’a 85 ans inclus, qui bénéficient  
des prestations de l’Assureur et en ouvrent le droit a leurs  
Ayants droit dansles conditions de l'article 6 des présentes  
Conditions générales valant Notice d'information.  
  
Assurés : Personnes physiques jusqu’a 85 ans inclus,  
habilitées a percevoir les prestations garanties, a savoir  
'Adhérent lui-mméme et le ou les Ayants droit désigné(s)  
par celui-ci le cas échéant.  
  
Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :  
  
- le conjoint exergant ou non une activité professionnelle ;  
  
-le concubin vivant maritalement avec |’Adhérent,  
exer¢cant Ou Non une activité professionnelle, dans la  
mesure ou |'Adhérent et le concubin sont libres de tout  
autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés).  
Une déclaration sur I'honneur signée par chacun des  
intéressés certifiant que le concubinage est notoire,  
indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent  
et de son concubin, devra étre adressée au Gestionnaire  
sur demande ;  
  
- le cocontractant d’un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;  
  
-a la demande expresse du représentant légal, la  
personne vivant sous le toit de l'Adhérent et asa charge,  
et les ascendants, descendants et collatéraux ;  
  
-les enfants a charge au sens de l’article L. 161-1 du  
Code de la Sécurité sociale jusqu’au 31 décembre de  
l'année de leur 26€me anniversaire s'ils sont étudiants,  
apprentis, a la recherche d'un emploi, handicapés ayant

un taux d'incapacité supérieur a quatre-vingt (80) % et  
ne percevant pas l’allocation d’adulte  
  
Hospitalisation Au sens du présent contrat, est  
considéré comme Hospitalisation tout séjour d’au moins  
une nuit dans un établissement hospitalier public ou  
privé en France ou a |'étranger suite a 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 n  
  
sont garanties par le contrat que les Hospitalisations  
effectuées dans un établissement hospitalier prévu a  
‘article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, a savoir  
es €établissements hospitaliers ou mé€dico-sociaux, a  
‘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 a 24 heures (hospitalisation  
ambulatoire) et les Hospitalisations a domicile (H.A.D)  
prise en charge par la Sécurité Sociale.  
  
Maladie : Toute altération de la santé constatée par une  
autorité médicale compétente.  
  
Maladie inopinée : toute altération de la santé constaté  
  
de l'année de naissance.  
  
Le demandeur, apres avoir regu sur support durable  
les présentes Conditions générales, le document  
d'information normalisé sur le produit d’assurance et le  
tableau de garanties, remplira avec soin une Demande  
d'adhésion au sein de laquelle il choisit son niveau de  
garanties selon les formules proposées. Cette demande  
est transmise au Gestionnaire. LVadhésion au contrat  
résulte de la signature de ladite demande par laquelle  
l'Adhérent manifeste expressément sa volonté de  
bénéficier des prestations garanties, pour lui-méme, et le  
cas échéant pour ses Ayants droit. LAdhérent signe pour  
ses Ayants droit.  
  
La signature de la Demande d’adhésion emporte  
acceptation des dispositions des présentes Conditions  
générales. valant Notice d'information. L’Adhérent  
reconnait les avoir regues et en avoir pris connaissance  
avant la signature de la Demande d’adhésion.  
  
Une carte de Tiers Payant santé est délivrée a l'Adhérent,  
lui permettant, ainsi qu’a ses Ayants droit le cas échéant,  
  
par autorité médicale compétente, présentant un  
caractére soudain et imprévisible.  
  
Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection  
sociale francais auquel sont obligatoirement affiliés  
Adhérent et ses Ayants droit.  
  
Télétransmission Le systeme de Télétransmission  
Noémie est un échange d'information automatisé entre  
les caisses d’assurance maladie et l’'Assureur. Il permet  
  
de bénéficier d'un service de dispense d’avance de  
frais sur l'ensemble des garanties prévues au contrat  
faisant l'objet d’un tarif de responsabilité. Lutilisation  
du tiers-payant auprées du professionnel de santé est  
conditionnée a l'acceptation de ce dernier. Les modalités  
de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes,  
les dates d’ouverture et de cléture des droits, les personnes  
concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la  
carte. Les Assurés qui n’utilisent pas leur carte de tiers-  
payant ou se voient refuser ce service par le professionnel  
de santé doivent demander une facture  
  
d’assurer des remboursements de frais médicaux dans  
un délai trés rapide puisque les décomptes de |’assurance  
maladie sont transmis a l’Assureur sans que l’'Adhérent  
n'ait besoin de lui adresser.  
  
Ticket Modérateur (TM) : Fraction de dépenses de frais  
de soins de santé laissée a la charge de |'Adhérent, apres  
intervention de Sécurité sociale francais obligatoire.  
  
Tiers Payant (TP) Systeme dont bénéficient les  
personnes affiliges a un régime de Sécurité sociale  
francais obligatoire et qui leur permet, sous certaines  
conditions, d’étre dispensées d’avancer totalement  
ou partiellement les frais médicaux. L’‘Assureur délivre  
a l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui  
permet, a lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux  
professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de  
paiement du Ticket Modérateur.  
  
ARTICLE 1— OBJET DE LADHESION  
  
auprés du professionnel de santé afin d’étre remboursés  
par l’Assureur. La carte de Tiers Payant santé ne sera  
délivrée que pour les Adhérents a jour de leur cotisation.  
  
ARTICLE 3— MODALITES DE L’ADHESION  
  
Le demandeur, apres avoir pris connaissance des  
  
présentes conditions générales, de |'IPID et du tableau des  
  
garanties, remplira avec soin une demande d’adhésion.  
  
Le demandeur devra désigner ses éventuels ayants droit,  
  
parm |:  
  
-Son conjoint, personne avec laquelle il est marié, non  
divorcé et non séparé de corps;  
  
-Son concubin, sous réserve de la production d'un  
justificatif de concubinage ou de vie commune ;  
  
-Son partenaire, sous réserve de la production d’une  
attestation d’inscription de la déclaration du Pacte Civil  
de Solidarité ;  
  
- Les enfants,  
  
- agés de moins de 18 ans, reconnus a sa charge ou a  
  
Vadhésion au contrat a pour objet le versement d  
prestations complémentaires a celles du Régime  
Obligatoire pour les frais de santé engagés par les  
assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) a l'occasion  
d’un accident, d'une maladie ou d’une maternité.  
  
ARTICLE 2 — CONDITIONS D’ADHESION  
  
Liadmission a la présente assurance en qualité d’assuré  
est réservée aux personnes physiques respectant les  
conditions cumulatives suivantes :  
  
- Etre adhérentes a l’Association GPST,  
  
- Etre résidentes en France métropolitaine, Guadeloupe,  
artinique, Guyane ou La Réunion.  
  
- Relever du Régime Obligatoire frangais,  
  
- Etre Agées de 18 4 85 ans inclus a la date de signature  
de la demande d’adhésion, l’'age étant calculé par  
différence entre le millésime de l'année et le millésim  
  
celle de son conjoint,  
  
- agés de 18 a 26 ans inclus, sous réserve :  
  
> gu’ilsproduisent un justificatif descolarité et n’exercent  
pas d'emploi rémunéré a caractére permanent,  
  
> quiils soient en formation en alternance ou en contrat  
d'apprentissage, sous réserve de justificatif,  
  
> quiils soient inscrits au Péle Emploi en tant que primo  
demandeur d’emploi ;  
  
> sans limite d'age si l'enfant bénéficie des allocations  
pour personnes handicapées prévues par la loi  
n°2005-12 du 11 février 20085.  
  
- Les ascendants, descendants ou collatéraux, a condition  
qu'ils soient reconnus a charge par le régime obligatoire  
de l’adhérent ou celui de son conjoint.  
  
LAdhérent s'oblige sur demande de |'Assureur, a tout  
moment, a justifier par tous moyens (certificat de

N  
  
neoliane  
  
scolarité, extrait d’acte de naissance, avis d'imposition...)  
que son conjoint, son partenaire de Pacs, son concubin,  
ses enfants a charge répondent bien a la définition  
ci-avant.  
  
Le demandeur devra également indiquer le niveau  
de garanties qu’il a choisi parmi les cing (5) proposés  
OPTIMA1; OPTIMA 2; OPTIMA3; OPTIMA 4: OPTIMA 5).  
Les garanties choisies seront identiques pour les ayants  
droit.  
  
Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d’adhésion  
au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.  
  
ARTICLE &4 — COTISATIONS  
  
4.1 Montant de la cotisation  
  
Le montant de la cotisation, fixé a la souscription, est  
calculé en fonction des éléments suivants :  
  
- Du niveau de garanties souscrit ;  
  
-Du nombre d’Assuré au contrat ainsi que leur age,  
calculé par différence de millésimes entre l'année de  
naissance et l'année d’assurance concernée ;  
  
-Du régime d'affiliation de l’Adhérent ;  
  
- De la zone d'habitation de l'Adhérent.  
  
En tout état de cause, le contrat est « solidaire », le  
montant de la cotisation ne dépendant pas de |’état de  
santé des Assurés.  
  
La cotisation totale correspond au cumul des cotisations  
de chaque Assuré. La cotisation totale est due par  
'Adhérent et est fixée au Certificat d’adhésion.  
  
4.2 Dates et modalités de paiement de la cotisation  
  
La cotisation, y compris les taxes présentes ou futures  
et contributions éventuelles, est a payer au plus tard dix  
(10) jours apres la date d’échéance indiquée au Certificat  
d'adhésion. La cotisation est payable selon les modalités  
choisies par l'Adhérent et figurant sur le Certificat  
d’adhésion mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou  
annuelle.  
Dans tous les cas, le paiement s'effectue notamment par  
prélévement automatique.  
  
A chaque échéance, |'Adhérent recoit un appel de  
cotisation. LAdhérent a la possibilité, a chaque échéance  
annuelle du Contrat et sous condition d’en avoir fait  
la demande écrite auprés du CGestionnaire deux (2)  
mois auparavant, de modifier le fractionnement de la  
cotisation.  
  
4.3 Résiliation pour défaut de paiement des cotisations  
En cas de non-paiement des cotisations dans les dix  
10) jours de leur échéance, le Gestionnaire adresse a  
l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier  
recommandé avec avis de réception l'informant que  
le défaut de paiement est susceptible d’entrainer son  
exclusion du Contrat s'il ne régularise pas la situation d'ici  
expiration du délai de quarante (40) jours suivant cette  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
mise en demeure.  
  
exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au  
versement des prestations acquises en contrepartie des  
cotisations versées antérieurement par le débiteur de  
cotisations.  
  
En cas d’exclusion, les cotisations antérieurement versées  
demeurent intégralement acquises au Gestionnaire.  
  
4.4 Modification du montant de la cotisation  
  
La cotisation évolue en fonction de l'age atteint de  
'Adhérent et de ses Ayants droit a l'échéance de  
l'adhésion.  
  
Les cotisations sont révisables chaque année a effet  
  
du ler janvier compte tenu notamment de la variation  
  
constatée et prévue du volume du cout des soins ou  
  
services et notamment a partir des éléments suivants :  
  
- Modification de la législation sociale et/ou fiscale ;  
  
- Changement du niveau de garanties ;  
  
-Changement ou modification du Régime Obligatoire  
d’assurance maladie ;  
  
- Ajout ou sortie d’un Ayant droit ;  
  
-Changement de domicile entrainant un changement  
de zone tarifaire.  
  
Lesnouveauxmontantsdecotisationssont communiqués  
a l'Adhérent dans les formes habituelles et payables pour  
l'année suivante, lereglements'effectuant conformément  
aux modalités indiquées dans la Demande d’adhésion.  
  
D'une facon générale, si un déséquilibre apparaissait  
entre les recettes et les dépenses (notamment a la suite  
de nouvelles dispositions législatives, reglementaires ou  
conventionnelles modifiant les prestations en nature du  
Régime Obligatoire d’assurance maladie), l’Assureur se  
réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés  
de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations  
laissées a la charge des organismes complémentaires.  
  
Il pourrait en étre de méme en cas de variation  
importante ou prévue du volume du codit des soins en  
cours d'exercice.  
  
ARTICLE 5 — VIE DU CONTRAT  
  
5.1 Prise d’effet des garanties  
  
Ladhésion au contrat est réputée conclue au jour de la  
signature par l'Adhérent de la demande d’adhésion, sous  
réserve de remplir les conditions légales et contractuelles  
d’adhésion.  
  
La date d’effet de l’adhésion est celle figurant sur le  
certificat d'adhésion remis a l'Adhérent. Elle est toujours  
fixée au plus tot au troisieme jour suivant la date de  
réception de la demande d’adhésion, sous réserve  
d’'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon  
encaissement de la premiére cotisation. Aucun effet  
antérieur ala date de réception dela demande d’adhésion  
ne sera accepté. En tout état de cause, l’adhésion ne

prendra effet qu’a l'issue des vérifications réglementaires  
incombant aux entreprises d’assurance.  
  
Ladhésion est souscrite pour une période initiale  
de 12 mois suivant la date d’effet de l’adhésion.  
Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite  
reconduction au ler janvier de chaque année, sauf  
en cas de résiliation de l’adhésion telle que prévue a  
l'article 5.5 de la présente notice d’information.  
  
Une fois la période initiale de 12 mois écoulée, la date  
d’échéance de I’adhésion est ainsi fixée au ler janvier  
de chaque année.  
  
5.2 Cessation des garanties  
Les garanties cessent a la date de prise d'effet de la  
  
Le Gestionnaire transmet a l'Adhérent une proposition  
d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie,  
e 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 a la date indiquée  
sur la lettre ayant valeur d’avenant.  
  
Tout Accident ou Maladie, entrainant une Hospitalisation,  
ayant une date de survenance antérieure a la prise d'effet  
del’avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration  
au Gestionnaire et d’acceptation par ce dernier, surla base  
des garanties acquises antérieurement a la prise d'effet  
  
suspension ou de la résiliation du contrat.  
  
Pour les ayants droit, assurés au titre du présent contrat,  
es garanties cessent :  
  
- Ala date de la résiliation du contrat par l'Adhérent,  
  
u déces de |l’'Adhérent. Le Gestionnaire rembourse,  
  
de l’avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y  
compris les rechutes éventuelles (méme pathologie).  
  
5.3.2 Ajout ou sortie des Ayants droit  
En cours de vie de l’adhésion, lAdhérent peut demander  
‘ajout ou la sortie des Ayants droit, par internet ou par  
écrit simple:  
  
prorata temporis, la partie de cotisation réglé  
correspondant a la période d’assurance non courue  
postérieure au décés.  
  
-Ala date a laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire,  
  
Les ayants droit, une fois radiés, ne peuvent plus  
bénéficier des garanties au titre du présent contrat, cette  
radiation étant définitive. Toutefois, ils peuvent adhérer  
a titre individuel a un nouveau contrat individuel souscrit  
aupres d'un organisme du groupe Malakoff Humanis en  
leur nom propre.  
  
5.3 Modification du Contrat  
  
5.3.1 Modification des garanties  
  
En cours de vie de l’adhésion, lAdhérent peut demander  
a modification de son niveau de garantie, ala hausse ou  
a la baisse, sur internet ou par écrit simple:  
  
y  
En ligne:  
www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je modifie  
mon contrat, et/ou mes informations »  
  
MY  
Par courrier a l'adresse suivante :  
Néoliane Santé  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel’R - Bat C  
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
  
A l'échéance principale :  
  
L’Adhérent a la possibilité de demander la modification  
de son niveau de garanties a la hausse ou a la baisse, par  
écrit et au plus tard deux (2) deux mois avant l’échéance  
principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion  
prendra effet a la date d’échéance de |l’'adhésion.  
  
Hors échéance principale :  
  
A compter de la deuxieéme année, l'Adhérent a la  
possibilité de demander la modification de son niveau  
de garanties a la hausse ou a la baisse, par écrit, a tout  
moment dans la limite d’une fois tous les douze (12) mois  
acompter de la prise d’effet de l'adhésion. La modification  
de l’adhésion prendra effet le ler jour du mois suivant la  
date de réception de la demande.  
  
En tout état de cause, la modification du niveau de  
garantie s'applique a ses éventuels Ayants droit.  
  
léchéance principale : Ladhérent a la possibilité de  
demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit  
et au plus tard (2) deux mois avant l’6chéance principale  
de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra  
effet a la date d’échéance du contrat, sous réserve de la  
production des piéces justificatives.  
  
- Hors échéance principale : Si un €événement survient  
en cours d’année entrainant l'acquisition de la qualité  
d'Ayant droit d’une personne que |l’Adhérent souhaite  
assurer, ce dernier doit adresser une demande é€crite au  
Gestionnaire.  
  
Le Gestionnaire transmet a l'Adhérent une proposition  
d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa  
cotisation. LAdhérent disposera d’un délai de trente (30)  
jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d’avenant.  
  
Sous réserve d 'acceptation par l'Adhérent, la  
modification de l’'adhésion prendra effet au ler du mois  
suivant la date de réception de la demande, sous réserve  
de la production des piéces justificatives.  
  
Si un événement survient en cours d’année entrainant 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 piéces justifiant de la date de  
'€évenement et de la fin des conditions permettant d’étre  
désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été  
versées au-dela de ce délai, l’Assureur pourra demander a  
l'Adhérent le remboursement des prestations inddment  
réglées pour cet Ayant droit.  
  
Si un des Ayants droit ne remplissait plus les  
conditions prévues pour étre bénéficiaire, les  
garanties cesseraient de plein droit pour celui-ci.  
  
La cotisation sera ajustée en consequence a compter de  
la date d’effet de la modification.  
  
5.4 Informations a communiquer au cours du Contrat  
  
L’Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte  
par le Contrat, tout événement modifiant les déclarations  
faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les  
rendre inexactes ou caduques et notamment :  
  
-Un changement d’état civil ;  
  
- Une cessation ou un changement d’affiliation d’un des

N  
  
neoliane  
  
Ayants droit au Régime Obligatoire ;  
  
-Un changement de domicile ou un départ hors de  
France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane  
ou La Réunion ;  
  
- La survenance d’un événement entrainant la cessation  
de qualité d’Ayant droit ;  
  
-Un changement de profession ou une cessation  
d'activité professionnelle ;  
  
-Un changement de compte bancaire ou postal pour  
le prélevement des cotisations et/ou le virement des  
prestations ;  
  
- Lexistence ou la cessation de garanties de méme nature  
souscrites aupres d'autres assureurs.  
  
5.5 Résiliation  
  
Lladhésion peut étre résiliée dans les circonstances et les  
délais précisés ci-dessous.  
  
Article 5.1.1 - Formes de la résiliation  
  
Lorsque la résiliation E@émane de l'Adhérent, selon  
les conditions prévues a l'article LI13-14 du Code des  
assurances :  
  
[>  
Sur l'espace adhérent:  
www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je  
souhaite résilier ou me rétracter »  
i)  
Par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre  
support durable, par acte extrajudiciaire ou par  
déclaration adressé au siége social :  
  
Néoliane Santé - Service Résiliation  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel’R - Bat C  
  
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
  
Si la demande est recevable, le Gestionnaire adressera  
un certificat de radiation précisant la date d'effet de la  
résiliation a l'Adhérent.  
  
Lorsque la résiliation @mane de |’Assureur, elle doit étre  
adressée par lettre recommandée envoyée au dernier  
domicile connu de |'Adhérent.  
  
Article 5.1.2 - Conséquence de la résiliation  
  
Les garanties restent acquises pour tous les soins et  
traitements en cours jusqu’a la date d’effet de la résiliation.  
Les cotisations restent dues jusqu’a 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 a  
compter de la date d’effet de la résiliation.  
  
Article 5.1.3 - Cas de résiliation  
  
a) Résiliation par l'Adhérent  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
L’Adhérent peut résilier son adhésion :  
  
- A 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’a trente (30) jours apres  
la date d'envoi de votre échéancier. La résiliation prend  
effet la veille de l'échéance annuelle a 24 heures (article  
L.113-12 du Code des assurances).  
  
-A tout moment, aprés l'expiration d’un délai d’un (1) an  
a compter de la premiére souscription du contrat. La  
résiliation prend effet un (1) mois aprés que |l’Assureur  
enarecu notification par l’Adhérent (article LI13-15-2 du  
Code des assurances).  
  
- Encasdechangement du risque, si |’Assureur ne consent  
pas aréduire le montant de la cotisation en conséquence  
(article LI13-4 du Code des assurances), dans le mois  
qui suit la date a laquelle il a eu connaissance de la  
proposition d’assurance. La résiliation prend effet un (1)  
mois aprés l'envoi de la lettre de résiliation.  
  
b) Résiliation par |'Assureur  
  
L’Assureur peut résilier l’adhésion:  
  
-En cas de non-paiement des cotisations ou d’une  
fraction de cotisation (L.141-3 du code des assurances).  
L’Assureur envoie alors a l'Adhérent, au plus tét dix (10)  
jours aprés l'échéance impayée une mise en demeure  
de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours  
apres 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 LI13-9 du  
Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10)  
jours apres envoi de la lettre de résiliation et entraine  
la restitution a l'Adhérent de la portion de prime payée  
pour la période ou l’assurance n'est plus en vigueur.  
  
- En cas de fraude constatée ou de déclarations fausses,  
inexactes ou réticentes au moment du sinistre. La  
résiliation prend effet trente (SO) jours a compter de la  
notification par l’assureur de la résiliation.  
  
c) Résiliation par l'Adhérent ou par l’Assureur  
  
L’Adhérent ou |'Assureur peut résilier l’'adhésion en cas  
de changement de domicile en France métropolitaine  
, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion (si le  
changement entraine une modification tarifaire), de  
situation matrimoniale, de profession, de départ a 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 L 113-16 du Code des  
assurances). Si elle émane de |’'Adhérent, la demande de  
résiliation doit étre effectuée dans les trois (3) mois qui  
suivent le changement sus-évoqué. Si elle €mane de  
l'Assureur, la demande de résiliation doit étre effectuée  
dans les trois (3) mois qui suivent la notification du  
changement par l'Adhérent a l’Assureur.  
  
Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois  
apres la notification de la demande.  
  
d) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit:  
-En cas de décés de |'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 a la date du décés. S'ils le souhaitent et  
remplissent les conditions, une nouvelle adhésion leur  
sera proposée. En l’absence de Conjoint et en présence  
d'un Ayant droit majeur, ce dernier sera désigné comm  
nouvel Adhérent du contrat. En cas de désaccord de ce  
dernier, la résiliation du contrat interviendra a la date  
souhaitée.  
-En cas de départ de France métropolitaine, Guade-  
oupe, Martinique, Guyane ou La Réunion. La résiliation  
prendra effet un (1) mois apres notification du départ ;  
- Si l'Assuré ne reléve plus du Régime Obligatoire francais.  
  
e) Résiliation ou Modification du Contrat groupe (établi  
  
entre l'Assureur et le Souscripteur GPST  
  
Les droits et obligations de l’Adhérent peuvent étre  
modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus  
entre l’Assureur et l’Association GPST dans les conditions  
prévues a l'article R.141-6 du Code des assurances. Dans ce  
cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications  
apportées a 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 étre 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 étre acceptée. En revanche,  
es adhésions en cours continueront a bénéficier de  
‘ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe  
existantes a la date de résiliation.  
  
Le Contrat groupe peut étre résilié par l'une ou l'autre des  
parties par tout type de moyen au moins trois (3) mois  
avant la date de renouvellement.  
  
5.5.4 Effets de la résiliation  
  
La cessation des garanties entraine, pour l’'Adhérent  
et ses Ayants droit, la fin du droit aux prestations pour  
toutes demandes consécutives a une Maladie ou a un  
Accident dont la date des actes, soins ou prescriptions  
est postérieure a la date d’effet de la dénonciation de son  
adhésion.  
  
Seuls les soins intervenus durant la période comprise  
entre la date d’effet du contrat et la date d’effet de la  
résiliation du contrat pourront faire étre pris en charge.  
  
A compter de la date de résiliation de son adhésion,  
l'Adhérent s'engage, pour lui et ses Ayants droit, a ne plus  
utiliser la ou les carte(s) de Tiers Payant sante aupres des  
professionnels de santé et a la (les) retourner a l'Assureur  
dans les meilleurs délais. D’'une maniére générale, il  
s'engage a renoncer a tous les services de l’Assureur dont  
il bénéficiait de par son adhésion a celle-ci, sans préjudice  
pour l'Assureur de recouvrer les sommes indument  
versées.  
  
La qualité de membre adhérent a l'association GPST se  
perd a la fin de l'adhésion au présent contrat. Aucune  
rupture d'adhésion au contrat ne peut découler de la  
perte du statut de membre adhérent a l'association GPST.  
  
Lorsque l’'adhésion est résilige dans les conditions prévues  
au contrat, l'adhérent n'est redevable que de la partie de  
cotisation correspondant a la période pendant laquelle le  
  
risque est couvert, cette période étant calculée jusqu’a 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 jours a compter de la  
date d’effet de la résiliation.  
  
ARTICLE 6 — LES GARANTIES  
  
6.1 Personnes garanties  
  
Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent étre  
affili€és ou ayants droit d’un affilié au Régime Obligatoire  
francais.  
  
Seules sont garanties les dépenses de santé engagées  
entre les dates d'effet et de résiliation de l’'adhésion.  
  
6.2 Etendue des garanties  
  
Les prestations du contrat sont accordées a tout assuré  
résidant habituellement en France métropolitaine,  
Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion,  
pour tout acte résultant d’accident, de maladie ou de  
maternité ayant donné lieu a remboursement par le  
régime général de la Sécurité sociale des travailleurs  
salariés, TNS, exploitants agricoles ou du régime Alsace-  
Moselle.  
  
Toutefois des prestations peuvent étre prévues pour  
certains actes non remboursés par ces régimes. Ces  
prestations sont alors expressément mentionnées au  
tableau de garanties joint aux présentes Conditions  
générales valant notice d'information.  
Ainsi, les garanties sont acquises :  
-aux Assurés résidents en France métropolitaine,  
Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;  
-uniquement en cas d’Accident ou de Maladie  
inopinée, tels que définis au sein des présentes  
Conditions générales valant notice d'information  
  
aux Assurés résidant en France métropolitaine,  
Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion, dans  
le cadre d’un déplacement occasionnel a |'étranger  
de moins de trois mois et dans la limite de six mois par  
année civile.  
  
La prise en charge lors de séjours occasionnels a l'étranger  
dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins  
médicaux (« tourisme médical ») est exclue.  
  
Les frais engagés d'une maniére occasionnelle a  
l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge  
partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements  
complémentaires sont alors effectués en euros.  
  
6.3 Nature et niveau des garanties  
La nature et le niveau des garanties choisies par  
‘Adhérent sont précisés dans le tableau des garanties  
  
joint aux présentes Conditions Générales valant notice  
  
d'information, selon le choix de |’'Adhérent parmi les  
formules proposées.  
  
Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de  
garanties souscrit et des frais réellerent engagés par  
‘Adhérent ou ses bénéficiaires, le remboursement :  
  
- Des frais restant a charge aprés remboursement de la  
Sécurité sociale pour les actes faisant l’objet d’une prise  
en charge de la Sécurité sociale,  
  
-Des dépenses de soins médicalement prescrits a  
caractére thérapeutique non prises en charge par la  
Sécurité sociale,  
  
- Des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de

N  
  
neoliane  
  
forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,  
-Des dépenses de prévention mentionnées au tableau  
de garanties.  
  
Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale,  
le niveau des prestations est établi en fonction de la  
codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé  
par la Sécurité sociale (base du remboursement de la  
Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation  
en vigueur a la date des soins. En cas de litige entre  
l'Adhérent et la Sécurité sociale, l’Assureur se conforme a  
la position de la Sécurité sociale.  
  
L’assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu  
  
de tout droit a indemnisation au titre du \_ sinistre  
  
(survenance des soins) concerné :  
  
¢ Sil fait volontairement une fausse déclaration de  
sinistre ou a l'occasion d’un sinistre, portant sur la  
date, la nature, les causes, les circonstances ou les  
conséquences du sinistre,  
  
¢ S’il fournit ou utilise sciemment des renseignements  
ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés  
comme \_ justificatifs ou use d’autres moyens  
frauduleux en vue d’obtenir le versement des  
prestations.  
  
Il s’expose également a des poursuites pénales de la  
  
part de l’organisme assureur.  
  
Les garanties de méme nature contractées aupres de  
plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets  
dans la limite de chaque garantie. Le bénéficiaire des  
garanties peut obtenir lindemnisation en s'adressant a  
l'organisme de son choix. Dans tous les cas le total des  
remboursements percus ne peut excéder le montant de  
la dépense réelle.  
  
Contrat responsable  
  
Le présent contrat releve du\_ dispositif « contrat  
responsable », c’est-a-dire qu’il s'‘inscrit dans le cadre du  
dispositif législatif visé a l'article L.871-1 du Code de la  
sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application  
permettant a certains contrats complémentaires  
santé de bénéficier d’une aide ou d’une taxe spéciale  
sur les conventions d’assurance a un taux réduit. En  
cas de contradiction entre les dispositions légales et  
réglementaires relatives aux « contrats responsables » en  
vigueur au jour de la prise d’effet du présent contrat et  
celles prévues par le présent contrat, les regles du «contrat  
responsable » prévaudront. Le présent contrat est modifié  
de plein droit par l'evolution légale ou réglementaire des  
conditions posées au « Contrat Responsable ».  
  
A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou  
  
réglementaires futures, l’Assureur ne rembourse pas:  
  
« Conformément a l’article L. 160-13 II du Code de la  
Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par  
l’Adhérent pour chaque consultation ou chaque  
acte de médecin ou pour tout acte de biologie  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire,  
plusieurs actes ou consultations sont effectués  
par un méme professionnel au cours de la méme  
journée, le nombre de participations forfaitaires  
supportées ne peut étre supérieur a quatre. Le total  
des contributions forfaitaires ne peut étre supérieur  
a 50 euros par année civile.  
  
¢ Conformément a l’article L. 160-13 III du Code de la  
Sécurité sociale, la franchise applicable dans les  
conditions et limites prévues par Il’article D. 160-9 du  
Code de la Sécurité sociale pour certains produits  
et prestations visés a cet article (médicaments  
mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-  
4 du Code de la Santé publique, actes pratiqués  
par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un  
établissement ou un centre de santé, transports  
mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la  
Sécurité sociale).  
  
¢Conformément a l'article L. 162-5-3 du Code de la  
Sécurité sociale, la majoration de la participation  
supportée par I’Adhérent lorsqu’il n’a pas désigné son  
médecin traitant ou lorsqu’il consulte un praticien  
en dehors du parcours de soins coordonnés.  
  
eLa majoration de la participation supportée par  
l’Adhérent sur les actes et prestations pour lesquels  
le patient n’a pas accordé I’autorisation mentionnée  
a larticle L. 1111-15 du Code de la santé publique  
(accés au dossier Médical Personnel).  
  
eLes dépassements autorisés d’honoraires pratiqués  
par certains spécialistes lorsque les Assurés  
consultent sans prescription du médecin traitant.  
  
e Les dépassements d’honoraires sur les actes cliniques  
et techniques pris en application du 18° de l’article  
L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, 4 hauteur au  
moins du montant du dépassement autorisé sur les  
actes cliniques.  
  
PRECISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUE, DENTAIRE  
ET AIDES AUDITIVES  
  
FRAIS D’OPTIQUE  
  
Prise en charge d'un équipement d'optique médicale  
(verres et monture).  
  
Deux classes d’équipement optique sont définies:  
  
- 'Equipement optique de « classe A» sans reste a charge  
pour l’'Adhérent : cet équipement est remboursé a  
frais réels dans la limite des prix limites de vente qui  
simposent aux opticiens pour l’'application du 100%  
santé;  
  
- 'quipement optique de « classe B » : cet €quipement  
est remboursé dans le respect des planchers et plafonds  
prévus dans le cadre du contrat responsable et dans la  
imite des garanties mentionnées dans le tableau des  
garanties.  
  
Les éléments de ces Equipements peuvent étre mixés  
  
comme suit :  
  
- soit deux verres de « classe A » et une monture de «  
classe B»;:

- soit deux verres de « classe B » et une monture de «  
classe A ».  
  
La prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits  
pour chaque composante de |'équipement (verres ou  
monture).  
  
Les verres neutres (c'est-a-dire sans correction, dont  
a dioptrie est égale a O) sont exclus, hors condition  
d'appairage.  
  
Les verres simples, complexes ou trés complexes sont  
définis ainsi ;  
  
Verres simples :  
  
-Verre unifocal sohérique dont  
entre — 6,00 et + 6,00 dioptries,  
  
-Verre unifocal sohéro-cylindrique dont la sphére est  
comprise entre — 6,00 et O dioptries et dont le cylindre  
est inférieur ou égal a + 4,00 dioptries,  
  
-Verre unifocal sohéro-cylindrique dont la sphére est  
positive et dont la somme S (sphére + cylindre) est  
inférieure ou égale a 6,00 dioptries.  
  
a sphére est comprise  
  
Verres complexes :  
  
-Verre unifocal sohérique dont la sohére est hors zone  
de -—6,00 a + 6,00 dioptries,  
  
-Verre unifocal sohéro-cylindrique dont la sphére est  
comprise entre — 6,00 et O dioptries et dont le cylindre  
est supérieur a + 4,00 dioptries,  
  
-Verre unifocal sohéro-cylindrique dont la sphére est  
inférieure a — 6,00 dioptries et dont le cylindre est  
supérieur ou égal a 0,25 dioptrie,  
  
-Verre unifocal sohéro-cylindrique dont la sphére est  
positive et dont la somme S est supérieure a 6,00  
dioptries,  
  
-Verre multifocal ou progressif sohérique dont la soheére  
est comprise entre — 4,00 et + 4,00 dioptries,  
  
-Verre multifocal ou progressif sohéro-cylindrique dont  
la sohére est comprise entre — 8,00 et 0,00 dioptries et  
dont le cylindre est inférieur ou égal a + 4,00 dioptries,  
  
- Verre multifocal ou progressif sohéro-cylindrique dont la  
sphere est positive et dont la somme S est inférieure ou  
égale a 8,00 dioptries.  
  
Verres trés complexes :  
  
-Verre multifocal ou progressif sohérique dont la soheére  
est hors zone de- 4,00 a + 4,00 dioptries,  
  
- Verre multifocal ou progressif sohéro-cylindrique dont la  
sphere est comprise entre — 8,00 et O dioptries et dont le  
cylindre est supérieur a + 4,00 dioptries,  
  
- Verre multifocal ou progressif sohéro-cylindrique dont la  
sphere est inférieure a — 8,00 dioptries et dont le cylindr  
est supérieur ou égal a 0,25 dioptrie,  
  
-Verre multifocal ou progressif sohéro-cylindrique dont  
la soheére est positive et dont lasomme S est supérieure  
a 8,00 dioptries.  
  
L’équipement d’optique médicale (verres et monture)  
est pris en charge par |’'Assureur sous réserve du respect  
des périodicités de renouvellement. La périodicité d  
  
Les périodes de renouvellement sont définies comme  
  
suit :  
  
- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, ces  
équipements d’optique sont pris en charge a raison  
d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire ;  
  
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement  
est possible au terme d’une période minimale d'un an  
apres le dernier remboursement d’un équipement ;  
  
-par exception, pour les enfants jusqu’a 6 ans, le  
renouvellement est possible au terme d’une période  
minimale de 6 mois apres le dernier remboursement  
d'un équipement uniquement en cas de mauvaise  
adaptation de la monture a la morphologie du visage  
de l'enfant entrainant une perte d’efficacité du verre  
correcteur.  
  
Ce délai de renouvellement est réduit a un an pour les  
adultes et enfants d’au moins 16 ans en cas d’évolution  
de la vue.  
  
La justification de cette évolution de la vue, dans les  
conditions visées par la reglementation, doit étre  
effectuée soit au travers d’une nouvelle prescription  
médicale, qui est comparée a la prescription médicale  
précédente, soit par adaptation par l’opticien-lunetier de  
la prescription médicale.  
  
Constitue une évolution de la vue:  
  
-La variation de la sohére ou du cylindre d’au moins 0,5  
dioptrie d'un verre, ou d’au moins 0,25 dioptrie pour  
chacun des deux verres ;  
  
- Lavariation d’au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un  
verre), ou d’au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux  
verres en cas de presbytie et en l’absence de variation de  
a vision de loin;  
  
-La somme des variations (en valeur absolue) de loin et  
de prés d’au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de  
presbytie et en présence de variation de la vision de loin  
- La variation de l’axe du cylindre de plus de 20° pour un  
cylindre (+) inférieur ou égal a 1,00 dioptrie  
  
- La variation de I’'axe du cylindre de plus de 10° pour un  
cylindre (+) de 1,25 a 4,00 dioptries  
  
-La variation de l’axe du cylindre de plus de 5° pour un  
cylindre (+) supérieur a 4,00 dioptries.  
  
Aucun délai de renouvellement des verres n'est exigé  
  
dans les cas suivants :  
  
- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient  
une dégradation des performances oculaires objectivée  
par un ophtalmologiste sur prescription médicale  
  
-sans distinction d’age, en cas d’évolution de la  
réfraction constatée par une prescription médicale  
ophtalmologique et liée a une des situations médicales  
particuliéres définies par l’arrété du 3 décembre 2018  
paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.  
  
L'évolution de la vue permettant de renouveler  
'€quipement de maniére anticipée s’apprécie soit sur  
  
renouvellement est appréciée a compter de la date de  
facturation du précédent é€quipement ayant fait l'objet  
d'une prise en charge par l’assurance maladie obligatoire  
ou par l’'Assureur depuis le ler janvier 2018.  
  
En cas de demande de remboursement en deux temps,  
d'une part la monture et d’autre par les verres, la période  
pendant laquelle un équipement (verres et monture) peut  
étre remboursé débute a la date d’acquisition du dernier  
élément de l’équipement. En cas de renouvellement  
séparé des composantes de |'équipement, le délai de  
renouvellement s’apprécie distinctement pour chaque  
élément.  
  
présentation d’une nouvelle prescription médicale, soit  
en fonction de l'adaptation de la prescription médicale  
faite par lopticien.  
  
DENTAIRE  
  
Depuis ler janvier 2020 pour une partie des actes du  
panier « 100 % santé » puis au ler janvier 2021 pour le  
reste des soins prothétiques dentaires, trois paniers  
de soins prothétiques sont définis :  
  
-Un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques  
dentaires concernés sont définis dans l’arrété du 24 mai  
2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursé  
a frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites  
de facturation qui s’imposent aux dentistes,

) iio  
  
neoliane  
  
- Un panier aux tarifs maitrisés / modérés, remboursé sans  
pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et  
les garanties prévues dans le tableau des garanties,  
  
-Un panier aux tarifs libres permettant de choisir  
librement les techniques et les matériaux les plus  
sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties  
prévues dans le tableau de garanties.  
  
AIDES AUDITIVES  
  
Depuis le ler janvier 2021:  
  
Deux classes d’équipement auditif sont définies :  
  
- équipement auditif de « classe | » sans reste a charge:  
cet E€quipement est remboursé a frais réels sans pouvoir  
excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux  
audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;  
  
- Léquipement auditif de « classe II »: cet equipement est  
remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de  
garanties. Elles respectent le plafond de 1700 euros prévu  
dans le cadre du contrat « responsable ». Ce plafond  
ninclut pas les prestations annexes a l'aide auditive tels  
que les tickets modérateurs des consommables, des  
piles ou des accessoires.  
  
La prise en charge d’une aide auditive par oreille est  
limitée a une aide auditive tous les quatre ans suivant  
la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet  
d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire,  
ou par l’'Assureur depuis le ler janvier 2017. Le délai court  
indépendamment pour chaque équipement de chaque  
oreille.  
  
ARTICLE 7 — LES EXCLUSIONS  
Ne sont pas pris en charge par I’Assureur :  
e Les hospitalisations dans le cadre d’une opération  
de chirurgie esthétique ;  
eLes actes référencés ou non par le régime  
obligatoire et non remboursés par cet organisme,  
sauf mention contraire au certificat d’adhésion ;  
eLes dépassements d’honoraires non déclarés au  
régime obligatoire par le professionnel de santé ;  
¢Les frais de séjour au-dela de 10 jours par an et  
par assuré pour les établissements et services  
de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et  
au dela de 30 jours en rééducation fonctionnelle,  
maison de repos, maison de\_ convalescence,  
soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de  
soins de longue durée (USLD) et établissements  
d’hébergement pour personnes agées tels que  
définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et  
a l'art L 312-1 du code de l’Action Sociale & des  
Familles ;  
Le forfait journalier hospitalier facturé par les  
établissements médicaux sociaux, notamment  
les maisons d’accueil spécialisées (MAS) ou  
les établissements d’hébergement pour les  
personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le  
forfait journalier hospitalier au sein des unités de  
soins de longue durée (USLD) au-dela de 30 jours ;  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
La chambre particuliére au-dela de 30 jours, par an  
et par Assuré ;  
  
eLa chambre particuliére et le lit accompagnant  
dans les établissements ou services suivants  
psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures  
de désintoxication en cas d’alcoolisme ou de  
toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de  
convalescence, soins de suite et de réadaptation  
(SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et  
établissements d’hébergement pour personnes  
agées tels que définis dans Il’article L 174-6 du code  
de la SS et al’art L 312-1 du code de l'AS&F ;  
  
eLe lit accompagnant lorsque \_ hospitalisation  
concerne un enfant de plus de 16 ans ;  
  
eLes frais de transport sanitaire du malade ou de  
l’'accidenté non remboursés par la Sécurité sociale,  
sans prescription médicale et sans accord préalable  
du service médical de la Sécurité sociale si ce dernier  
était requis ;  
  
¢ Les lentilles refusées par le régime obligatoire pour  
les formules optima 1 et 2;  
  
e Limitation 4 1700 € TTC par aide auditive (hors  
accessoires) y compris le remboursement de la  
Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement  
pour un équipement par oreille est tous les quatre  
ans.  
  
¢Tout acte pris en charge par des dotations  
  
d’Etat, notamment par la dotation nationale de  
financement des Missions d’Intérét Général et  
d’Aide a la Contractualisation, ne donne pas lieu a  
remboursement de notre part, méme lorsque la  
Sécurité sociale a procédé a tort au remboursement.  
A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les  
transports sanitaires assurés par des Structures  
Mobiles d’Urgence et de Réanimation (SMUR).  
  
ARTICLE 8 —- MONTANT DES REMBOURSEMENTS  
8.1 Remboursement des prestations « frais de santé »  
  
8.1.1 Taux de remboursement  
  
Le taux de remboursement et les bases de  
remboursement du régime de Sécurité sociale pris en  
considération sont ceux applicables a la date de dispense  
des actes, d’exécution des soins et de prescription.  
  
Les montants de remboursements s'entendent :  
  
-Apres déduction du remboursement du Régime  
Obligatoire lorsqu’il intervient ;  
  
-Dans la limite du niveau de remboursement indiqué  
dans le tableau de garantie, et dans la limite des frais  
engagés.  
  
Les montants de remboursements, figurant dans le  
tableau des garanties annexé aux présentes Conditions

générales valant Notice d'information, sont exprimés,  
suivant le cas:  
  
- En pourcentage du forfait en vigueur fixé par la Sécurité  
Sociale ;  
  
- En pourcentage d  
a Sécurité sociale ;  
- En Frais réels (FR) ;  
-En montant annuel exprimé en euros. 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 a 100 % du tarif de  
responsabilité.  
  
la Base de remboursement fixée par  
  
Les forfaits (sauf optique et aides auditives) sont  
valables par année civile d’adhésion et par Assuré, ils  
ne sont pas cumulables d’une année sur l'autre. Les  
  
complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances  
maximum (SC12). Ill. Bilan du langage oral et/ou bilan  
d'aptitudes a l’acquisition du langage écrit (AMO24), a  
condition qu'il s'iagisse d’un premier bilan réalisé chez  
un enfant de moins de quatorze ans. IV. Dépistage  
de I'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). V.  
Dépistage une fois tous les cing ans des troubles de  
‘audition chez les personnes agées de plus de 50 ans pour  
un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale  
CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie  
CD@QPO15) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit  
CD@QPOT)) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQPO12)  
- e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie  
CDQP002). V|.L'acte d’ostéodensitométrie remboursable  
par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des  
conditions d’inscription de l'acte sur la liste mentionnée  
a l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent  
arrété est limitée aux femmes de plus de cinquante  
  
remboursements sont toujours effectués déduction fait  
du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite  
du niveau de garanties choisi.  
  
8.1.2 Limite aux remboursements  
  
Les remboursements des frais de soins de santé ne  
peuvent excéder le montant des frais restant 4 la  
charge de I’'Adhérent au moment du sinistre.  
  
Les garanties de méme nature contractées auprés  
de plusieurs organismes assureurs produisent leurs  
effets dans la limite de chaque garantie quelle que  
soit sa date de souscription. Dans cette limite, le  
bénéficiaire du contrat ou de la convention peut  
obtenir l’indemnisation en s’adressant a l’organisme  
de son choix.  
  
Dans le cas ou le cumul des prestations servies par  
‘Assureur OU un organisme assureur donnerait lieu  
a un remboursement total supérieur au montant de  
‘ensemble des dépenses réellement exposées, les  
prestations servies par l’Assureur seraient réduites a due  
concurrence.  
  
Si 'Adhérent est partiellement garanti par une police  
individuelle d’Accident, l'Assureur ne prend a sa charge  
que les frais non couverts par la police dans la limite de  
ses tarifs de responsabilité.  
  
Sont prises en charge, dans la limite d’un forfait précisé  
aux tableaux des garanties et a l’article 7 « Les exclusions»,  
les chambres particuliéres :  
  
-expressément demandées par l'Adhérent ;  
  
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;  
-faisant l'objet d'une facturation justifiée  
'établissement hospitalier.  
  
par  
  
Ne peuvent donner lieu a remboursement :  
  
- Les appartements privatifs ;  
  
-Les services, €quipements, prestations, et accessoires  
supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité  
sociale, notamment: les frais de téléphone, télévision,  
internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons  
exigés, sans prescription médicale, par la personne  
hospitalisée ou ses accompagnants.  
  
La garantie « Acte de prévention » se limite a la prise en  
charge des actes de prévention prévus dans le contrat  
responsable a savoir : |. Scellement prophylactique des  
puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que |’acte  
soit effectué sur les premiére et deuxigme molaires  
permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent  
et quiil soit réalisé en cas de risques carieux et avant  
le quatorzieéme anniversaire. ll. Un détartrage annuel  
  
ans, une fois tous les six ans. VII. Les vaccinations  
suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et  
poliomyélite : tous ages ; 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 a DNeuUMocoques pour les enfants de  
moins de dix-huit mois.  
  
71.3 Demande de remboursement  
  
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 remboursements de frais de santé sont effectués par  
‘Assureur au vu des documents transmis par la Caisse  
d'Affiliation du Bénéficiaire et/ou par les professionnels  
de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.  
  
A défaut d’application du procédé de la Télétransmission,  
les remboursements sont effectués a réception des  
pieces suivantes :  
  
- La prescription médicale ;  
  
-Le cas échéant, le justificatif de paiement : facture  
acquittée... ;  
  
- Les décomptes du Régime Obligatoire.  
  
-Pour la pharmacie prescrite et non remboursée  
  
par la Sécurité sociale, est requise la production de  
‘ordonnance et de la facture nominative, détaillée,  
acquittée du professionnel de santé diplomé d'état dans  
sa spécialité et précisant le nom du produit.  
  
L'Assureur se réserve le droit de demander toute piéce  
justificative utile au remboursement des prestations  
facture originale, prescription médicale, feuillet de  
remboursement de prestations spécifiques...).  
  
Les justificatifs sont a adresser au centre de gestion :  
  
i)  
CENTRE DE GESTION NEOLIANE - BP 90051  
31602 MURET Cedex.  
  
Sauf dans le cas du « Tiers payant », les remboursements  
de frais de soins de santé sont effectués par virement sur  
le compte bancaire déterminé par l’'Adhérent.  
  
Ces remboursements sont effectués selon les regles de  
l'art applicables en la matiére et dans les meilleurs délais,  
sous réserve de la réception de l'ensemble des piéces  
justificatives que l'Adhérent et ses Ayants droit doivent  
fournir pour obtenir les résultats escomptés.

N  
  
neoliane  
  
ARTICLE 9 — CONTROLE, PROCEDURE D’EXPERTISE ET  
ARBITRAGE  
  
9.1 Contréle des dépenses  
  
Le médecin missionné par le Gestionnaire peut  
demander al’'‘Adhérent tout renseignementou 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 engagement  
des dépenses et leur montant.  
  
A peine de \_ déchéance, l’Adhérent doit lui  
communiquer ces\_ informations, soit directement  
sous pli confidentiel soit par l’intermédiaire de son  
médecin, et se soumettre a toute expertise médicale  
éventuelle. Lors du contréle médical, celui-ci a la  
faculté de se faire assister par le médecin de son choix  
ou d’opposer les conclusions de son médecin traitant.  
  
En fonction du résultat de ces contréles, |’'Assureur se ré-  
serve le droit de contester au regard des dispositions de  
la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le  
remboursement est demandé ou le montant de sa prise  
en charge.  
  
De convention expresse, l'Adhérent reconnait le droit de  
subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de  
ces conditions. En cas de refus de |’Adhérent, |’Assureur  
pourra, de convention expresse, s'opposer a la mise en  
jeu de la garantie.  
  
9.2 Arbitrage  
  
En cas de persistance d’un désaccord sur les conclusions  
du médecin expert que l’Assureur a désigné, le différend  
est soumis a une expertise amiable avant tout recours a  
la voie judiciaire.  
  
Chacune des parties choisit un médecin expert devant  
régler le différend. A défaut d’accord entre eux, Ceux-ci  
s'iadjoignent un troisieme expert et tous trois opérent en  
commun et a la majorité des voix.  
  
A 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 no-  
mination est faite sur simple requéte signée des deux  
parties ou d’une seulement, l'autre partie ayant été  
convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins  
opeérent en commun et a la majorité des voix. Chaque  
partie paie les frais et honoraires de son représentant.  
Les honoraires du tiers médecin sont supportés a charge  
égale par les deux parties.  
  
RETRACTATION ET  
  
ARTICLE 9 — FACULTE DE  
  
RENONCIATION  
  
Lladhérent dispose d’un délai pour renoncer a son  
adhésion aux conditions et selon les modalités décrites  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
ci-apres:  
  
Sile Contrat est vendu a distance :  
  
Onentend parvente adistancele Contrat conclu aumoyen  
d'une ou plusieurs techniques de commercialisation a  
distance (cf. notamment la vente par correspondance ou  
internet).  
  
Conformément a l'article LN2-2-1 Il du code des  
assurances, l'Adhérent dispose d’un délai de renonciation  
de quatorze (14) jours calendaires révolus en cas de vente  
a distance. Ce délai commence a courir soit a partir de  
a date de signature du contrat, soit A compter du jour  
ou l'Adhérent a regu les conditions contractuelles et  
es informations particuliéres si cette derniére date est  
postérieure. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14  
jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de  
a déclaration du sinistre.  
  
La demande de renonciation doit étre adressée sur  
internet Ou par courrier écrit :  
  
[>  
Sur internet:  
www.neoliane.fr/service-client  
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»  
  
i)  
Par courrier:  
Néoliane Santé  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel’R - Bat C  
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
  
Modéle de lettre de renonciation  
en cas de Vente a Distance  
  
Nom, prénom :  
  
Adresse :  
  
N° du contrat :  
  
Mode de paiement choisi :  
  
Montant de la cotisation déja acquitté :  
  
Madame, Monsieur,  
  
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II  
du Code des assurances, j’entends par la présente re-  
noncer au contrat d’assurance cité en références que  
jai Souscrit en date du .  
  
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression  
de mes salutations distinguées.  
  
Fait le a  
Signature de l’Adhérent  
  
Si le Contrat est vendu par démarchage :  
  
La vente par démarchage est la sollicitation d’un client,  
méme asa demande, a 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 ler du code des  
assurances, « Toute personne physique qui fait l’objet  
d'un démarchage a son domicile, a sa résidence ou a  
son lieu de travail méme asa demande, et qui adhére  
dans ce cadre a un réeglement ou a un Contrat collectif  
a adhésion facultative a des fins qui n’entrent pas dans  
le cadre de son activité commerciale ou professionnelle,  
a la faculté d’y renoncer par lettre recommandée ou par  
envoi recommandé électronique avec demande davis de  
réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus  
a compter du jour de la signature du bulletin d’adhésion,  
sans avoir a justifier de motif nia supporter de pénailités ».  
  
Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve  
des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des  
assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat.  
La demande de renonciation doit étre adressée sur  
internet Ou par courrier écrit :  
  
>  
Sur internet:  
www.neoliane.fr/service-client  
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»  
  
i]  
Par courrier :  
Néoliane Santé  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel’R - Bat C  
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
  
Modéle de lettre de renonciation  
en cas de Vente a Distance  
  
Nom, prénom :  
  
Adresse :  
  
N° du contrat :  
  
Mode de paiement choisi :  
  
Montant de la cotisation déja acquitté :  
  
Madame, Monsieur,  
  
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 ||  
du Code des assurances, j’entends par la présente re-  
noncer au contrat d’assurance cité en références qu  
j'ai souscrit en date du .  
  
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression  
de mes salutations distinguées.  
  
Fait le a  
Signature de l’Adhérent  
  
L’assureur rembourse la cotisation percue de l'adhérent  
en application de l’adhésion, a l'exception du montant  
qui lui est dd en contrepartie du commencement  
d'exécution dans les conditions ci-dessus €voquées.  
Ce remboursement intervient au plus tard dans les  
trente (30) jours suivant la réception par l’assureur de la  
notification de la renonciation.  
  
ARTICLE 11 — LES CONSEQUENCES DE LA RESILIATION  
DU CONTRAT  
  
La résiliation, quelle qu’en soit la cause, entraine asa date  
d'effet la cessation des garanties pour tous les Assurés.  
  
En cas de résiliation, quelle qu’en soit la cause, lAdhérent  
est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la  
date d'effet dela résiliation. En cas de résiliation du contrat  
par l’Adhérent, chaque Assuré ayant son propre numéro  
de Sécurité sociale aura la possibilité de demander le  
  
prolongement de ses garanties. Un nouveau contrat sera  
alors emis.  
  
Pour les Adhérents de plus de 85 ans, la résiliation est  
définitive et empéche de souscrire a nouveau le présent  
contrat.  
  
Lladhésion peut étre résiliée dans les circonstances et  
les délais précisés a l'article 5.5 des présentes Conditions  
générales valant notice d'information.  
  
ARTICLE 12 — LA PRESCRIPTION  
  
Conformément au Code des assurances :  
Article L114-1  
  
« Toutes actions dérivant d’un contrat d’assurance sont  
prescrites par deux (2) ans a compter de l'événement qui  
y donne naissance. Par exception, les actions dérivant  
d'un contrat d’assurance relatives a des dommages  
résultant de mouvements de terrain consécutifs a la  
sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme  
une catastrophe naturelle dans les conditions prévues a  
l'article L. 125-1, sont prescrites par cing ans a compter de  
'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 ou |’Assureur en  
a eu connaissance ;  
  
2. En cas de sinistre, que du jour ou les intéressés en ont  
eu connaissance, s'ils prouvent qu’ils l’ont ignoré jusque-  
la.  
  
Quand l’action de |’'Assuré contre l’Assureur a pour cause  
le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court  
que du jour ou ce tiers a exercé une action en justice  
contre lui ou a été indemnisé par ce dernier.  
  
La prescription est portée a 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 |’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 a compter du décés  
de |’Assuré. »  
  
Article L114-2  
  
« La prescription est interrompue par une des  
causes ordinaires d’interruption de la prescription et  
par la désignation d’experts a la suite d’un sinistre.  
Liinterruption de la prescription de |l’action peut, en  
outre, résulter de l’'envoi d’une lettre recommandée avec  
accusé de réception adressée par |’'Assureur a l'Assuré en  
ce qui concerne l’'action en paiement de la prime et par  
l'Assuré a l’Assureur en ce qui concerne le reglement de  
l'indemnité. »  
  
Article L114-3  
  
« Par dérogation a l'article 2254 du Code civil, les parties  
au contrat d’assurance ne peuvent, méme 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 étre  
interrompue par une des causes ordinaires d'interruption  
de la prescription notamment en cas de:  
  
- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre  
  
v

N  
  
neoliane  
  
lequel il prescrivait (article 2240) ;  
  
-demande en justice, méme en référé, et meme 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 224).  
  
Linterruption résultant de la demande en justice produit  
ses effets jusqu’a l’extinction de l'instance (article 2242).  
Linterruption 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) ;  
  
- mesure conservatoire prise en application du Code des  
procédures civiles d'exécution ou un acte d’exécution  
forcée (article 2244),  
  
-linterpellation faite au débiteur principal ou sa  
reconnaissance interrompt le délai de prescription  
contre la caution. Linterpellation faite a 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,  
méme contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation  
faite a l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la  
reconnaissance de cet héritier n’interrompt pas le délai  
de prescription a l'6gard des autres cohéritiers, méme  
en cas de créance hypothécaire, si l’obligation est  
divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance  
n'interrompt le délai de prescription, a l'égard des autres  
codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.  
  
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, a  
l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite a  
tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance  
de tous ces héritiers (article 2245). »  
  
ARTICLE 13 — LE SERVICE CLIENTS, LES RECLAMATIONS  
ET LA MEDIATION  
  
Examen des réclamations  
  
Pour toute réclamation, l’'adhérent doit s’adresser  
prioritairement a son interlocuteur habituel qui est en  
mesure de lui fournir toutes informations et explications :  
  
>  
Sur internet:  
www.neoliane.fr/service-client  
rubrique «réclamations»  
  
9  
Par courrier :  
Néoliane Santé  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel’R - Bat C  
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
  
Pour le cas ou la réponse ne donnerait pas satisfaction,  
l'Adhérent peut écrire a:  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
Péle réclamations QUATREM  
Offre Néoliane Optima  
TSA 20002  
78075 Saint Quentin en Yvelines cedex  
reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com  
  
Les délais de traitement ne peuvent excéder :  
  
-Dix (10) jours ouvrables a compter de l'envoi de la  
réclamation, pour en accuser réception, sauf si la  
réponse définitive elle-méme est apportée a |’'Assuré  
dans ce délai;  
  
-Deux (2) mois a compter de la date d’envoi de la  
réclamation, quelle que soit lorganisation interne de  
'entité ou du groupe auquel elle appartient.  
  
La procédure ci-dessous ne s'applique pas si une  
juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'Adhérent  
ou |’Assureur.  
  
Médiation  
  
Si le désaccord persiste apres la réponse fournie ou en  
l'albsence de réponse, l'Adhérent peut avoir recours, sur  
simple demande écrite, au Médiateur de l’assurance,  
dés lors qu’aucune action contentieuse n'a été engagée.  
Le dossier, constitué des documents et éléments  
indispensables a l’examen de la prétention, est a  
transmettre a l’adresse suivante :  
  
Monsieur le Médiateur de l’assurance  
TSA 50110  
75441 Paris cedex 09  
  
Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut étre  
saisi qu’a l’expiration d’un délai de deux (2) mois apres  
l'envoi de la premiére réclamation écrite, tel que précisé  
dans la sous rubrique « Examen des réclamations ».  
  
Le médiateur rend un avis motivé dans les trois (3)  
mois maximum de la réception du dossier complet. Si  
la question soulevée est particuligrement complexe,  
un nouveau délai pourra étre fixé, dont les parties a la  
médiation devront étre informées.  
  
A défaut de reglement amiable, toute difficulté entre les  
parties liée a l'exécution ou a linterprétation du contrat  
sera portée devant le tribunal compétent.  
  
ARTICLE 14 — L';ORGANISME DE CONTROLE  
  
L’Assureur est soumis au contrdéle de |l’Autorité de Contréle  
Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest,  
CS 92459 75436 PARIS Cedex 9.  
  
ARTICLE 15 — LA SUBROGATION  
  
En cas de maladie ou d’accident imputable a un tiers,  
la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit  
subrogation a l’Assureur dans leur action contre le tiers  
responsable, dans la limite toutefois du montant des  
prestations versées. L’'Assureur se réserve la possibilité de

leur demander une quittance subrogatoire.  
Cette action en recours s'exerce dans la  
dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.  
  
limite des  
  
Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit,  
notamment en l’absence de communication de piéces  
ou des coordonnées précises du sinistre et de l’assureur  
de responsabilité, d’abstention de constitution de partie  
civile ou d’absence d'information sur une procédure  
engagée, l’Assureur n’a pu faire valoir ses droits, celle-ci  
dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.  
  
ARTICLE 16 — PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE  
PERSONNEL  
  
Conformément a la réglementation européenne et  
  
celles précitées.  
  
Sont notamment nécessaires ala passation, lagestion eta  
l’exécution ducontrat d’assurance, les données acaractere  
personnel suivantes : des données d'identification, des  
données relatives a sa situation familiale, économique,  
patrimoniale et financiére, professionnelle, a sa vie  
personnelle, a sa santé, a l'appréciation du risque, a la  
gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d’organisme  
d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé  
couramment « numéro de sécurité sociale ») de l’Adhérent  
pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats  
d'assurance et la mise en ceuvre des échanges ou  
traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection  
sociale.  
  
En dehors des traitements nécessaires aux fins de  
  
francaise en matiére de données a caractére personnel,  
en particulier le Reglement Général sur la Protection des  
Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la  
oi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative a l’informatique, aux  
fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et  
Libertés »), 'Adhérent est informé par l’'Assureur, ci-apres  
désignée Malakoff Humanis, responsable du traitement  
des données a caractére personnel collectées, que:  
  
Malakoff Humanis a désigné un délégué a la protection  
des données a caractére personnel qui peut étre contacté  
par email a dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier a  
: Malakoff Humanis, Pdéle Informatique et Libertés, 21 rue  
Laffitte 75317 Paris Cedex 9.  
  
J. Les données a caractére personnel de l’'Adhérent  
peuvent @tre collectées et traitées pour les finalités  
suivantes :  
  
- La souscription, la gestion, y compris commerciale, et  
  
‘exécution du contrat d’assurance ainsi que la gestion  
  
ou l’exécution de tout autre contrat souscrit aupres  
  
de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe  
alakoff Humanis ;  
  
-La gestion des avis de |'Adhérent sur les produits,  
  
services Ou contenus proposés par Malakoff Humanis  
  
ou ses partenaires ;  
  
- Lexercice des recours a la gestion des réclamations et  
  
des contentieux ;  
  
- Lexercice du devoir de conseil compte tenu des besoins  
  
exprimés par l'Adhérent ;  
  
-Lélaboration de statistiques y compris commerciales,  
d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et  
développement, une fois les données anonymisées par  
des procédés techniques permettant de s’assurer de la  
non ré-identification de l'Adhérent ;  
  
-Lexécution des dispositions légales, reglementaires et  
  
‘exécution des obligations en matiére de protection  
sociale, le consentement explicite et spécifique de  
‘Adhérent est recueilli pour permettre le traitement de  
données personnelles de santé, conformément a la loi  
nformatique et Libertés et a l'article 9 du RGPD.  
  
Les destinataires des données a caractére personnel  
de |'Adhérent sont, dans la limite de leurs attributions  
respectives et suivant les finalités réalisées : les services  
de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge  
des traitements portant sur ces données, ainsi que les  
sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les  
intermédiaires d’assurance, les réassureurs et Coassureurs,  
es organismes professionnels habilités, les partenaires et  
es sociétés extérieures s'il y a lieu.  
  
Les données de santé de |'Adhérent sont destinées  
au Service médical de Malakoff Humanis et a toute  
personne placée sous la responsabilité du Service  
édical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion  
et a l’exécution du contrat d’assurance. Elles ne sont en  
aucun cas utilisées a des fins commerciales.  
  
alakoff Humanis s'engage a ce que les données a  
caractére personnel de l'Adhérent ne soient en aucun cas  
transmises a des tiers non autorisés.  
  
Les données a caractére personnel relatives a la santé de  
‘Adhérent sont traitées dans des conditions garantissant  
eur sécurité notamment par la mise en ceuvre de  
mesures techniques et organisationnelles renforcées.  
  
Si des données a caractére personnel de |l’'Adhérent  
venaient a étre traitées chez un tiers situé dans un pays  
hors de l'Union européenne et ne présentant pas un  
niveau de protection des données personnelles reconnu  
adéquat par la Commission européenne, Malakoff  
  
administratives en vigueur ; y compris celles relatives  
a la lutte contre le blanchiment des capitaux et au  
financement du terrorisme et a la lutte contre la fraude,  
pouvant conduire a son inscription sur une liste de  
personnes présentant un risque de fraude, incluant un  
dispositif mutualisé des données des contrats et des  
sinistres déclarés aupreés des assureurs, mis en ceuvr  
  
Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat,  
via les clauses contractuelles types de la Commission  
européenne, au respect de la réglementation  
européenne en matiére de protection des données a  
caractére personnel.  
  
Les durées de conservation des données a caractére  
  
par l'Agence pour la lutte contre la fraude a l’assurance  
ALFA) :  
  
- La proposition a l'Adhérent de produits, de services et/ou  
d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un  
contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff  
Humanis ou ses partenaires ;  
  
-La mise en ceuvre d'opérations de prospection,  
commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, a  
destination de l’'Adhérent.  
  
Malakoff Humaniss'engage a ne pas exploiter les données  
personnelles de l’Adhérent pour d’autres finalités que  
  
personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats  
d’assurance et de la relation clients avec |l’Adhérent  
varient en fonction des finalités susvisées et sont  
conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état  
de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction  
des finalités pour lesquelles les données sont collectées,  
de la durée de la relation contractuelle, des obligations  
légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales  
applicables.  
  
Malakoff Humanis et ses partenaires s’engagent (1) a  
prendre les mesures techniques et organisationnelles

N  
  
neoliane  
  
appropriées pour garantir un niveau de sécurité et  
de confidentialité adapté au risque présenté par le  
traitement des données de |'Adhérent et (2) a notifier ala  
CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs  
données dans les limites et conditions des articles 33 et  
34 du RGPD.  
  
2. LAssuré dispose d’un droit de demander l’'accés a  
ses données a caractére personnel, la rectification ou  
l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses  
données, post-mortem. L'Assuré dispose également d’un  
droit de s'opposer au traitement a tout moment pour des  
raisons tenant a leur situation particuliére, de limiter le  
traitement dont il fait l'objet et d'un droit a la portabilité  
des données a caractére personnel dans les limites fixées  
par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s’opposer, a  
tout moment et sans frais, a la prospection commerciale,  
y compris lorsque celle-ci est réalis¢e de maniére ciblée.  
  
Ces droits peuvent étre exercés par email a  
dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier a Malakoff  
Humanis, Pdle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte  
75317 Paris Cedex 9  
  
En cas de réclamation relative ala protection des données,  
'Adhérent dispose également du droit de contacter la  
CNIL directement sur son site internet httos:/www.cnil fr/  
frfagir OU par courrier a l’'adresse suivante : Commission  
Nationale de I'Informatique et des Libertés, 3 Place de  
  
CONDITIONS GENERALES  
  
VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621  
  
Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.  
  
ARTICLE 17. — OPPOSITION AU DEMARCHAGE  
  
TELEPHONIQUE  
  
Si vous étes 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.gouvfr.  
  
Nous pourrons 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 a celui-ci ou de nature a l'améliorer.  
  
Pour plus. d'information www.bloctel.gouv.fr ou  
WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois  
Cedex.

ANNEXE 1A LA NOTICE D’'INFORMATION N°0032621  
  
Relative aux frais de gestion et au taux de redistribution  
  
Taux relatifs a l'exercice comptable arrété au 31/12/2023  
exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins  
  
TYPE DE TAUX TAUX DE 2023  
Taux de redistribution 82,20%  
  
Taux de frais de gestion ?) 24,20%  
  
(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 a 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 I'indemnisation des frais précités, qui est utilis¢e pour le versement des  
prestations correspondant a 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 a  
ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de  
‘ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour |  
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-a-dire accomplir  
toutes les taches incombant a 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  
  
LAssociation GPST (Association Groupement pour la  
Prévoyance et la Santé pour Tous), Association loi de  
1901, immatriculée sous le numéro RNA W751216092,  
dont le siége social se situe 30-32 boulevard de  
Vaugirard - 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n°  
FIC25SANO062.  
  
Les garanties d’assistance sont assurées et gérées par  
FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-aprés dénommée  
« FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital  
de 4 100 OOO €, 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\_O1LOPR, dont le siége 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 I’étranger)  
  
Mail:  
  
assistance.personnes@filassistance.fr  
  
Adresse : 108 Bureaux de la Colline  
92213 Saint-Cloud Cedex  
  
Télécopie : 09 77 40 17 87  
  
Ou s’appliquent les garanties ?  
  
Les garanties d’assistance du Contrat, sauf stipulations  
contraires expressément prévues a l'article Ill. TABLEAU  
DES GARANTIES, ne sont dues qu’a compter du moment  
ou 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 a tout Bénéficiaire dés lors  
  
que l’Evénement a lorigine 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  
  
a la durée du Contrat collectif d’assistance n°  
  
FIC25SANO062 auquel elles se rattachent, a défaut de  
  
stipulation expresse contraire.  
  
Les garanties prennent fin :  
  
e En cas de cessation de l’adhésion au contrat  
d’assurance complémentaire santé Néoliane  
Optima distribué par Néoliane Santé ;  
  
¢ Encasde résiliation du Contrat collectif d’assistance  
n° FIC25SANO062.  
  
1— DEFINITIONS  
Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-apres  
seront interprétés de la maniére suivante dés lors qu’ils  
  
commencent par une majuscule.  
  
Accident corporel Blessure non intentionnelle et  
indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant  
  
f  
  
assistance  
  
de l’action soudaine, violente et imprévisible d’une cause  
extérieure et dont la nature risque de porter atteinte  
a la vie méme du Bénéficiaire ou d’engendrer a bréve  
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  
Optima distribué par Néoliane Santé et domiciliée en  
France telle que définition en est donnée aux termes du  
présent article.  
  
Aide a 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 a 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  
dipl6me de médecine ou de chirurgie en état de validité  
en France.  
  
Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le méme 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 a lAdhérent, non séparé de  
corps ; le concubin tel que défini a l'article 515-8 du Code  
civil; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité  
(PACS) a l’'Adhérent.  
  
d’assistance n°  
  
Contrat : Le collectif  
  
FIC25SANO062.  
  
Contrat  
  
Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence  
principale et habituelle de l’Adhérent, mentionné sur le  
bulletin d’adhésion.  
  
Equipe médico-psycho-sociale Médecins de  
FILASSISTANCE, assistantes sociales, psychologues  
ou conseillers en économie sociale et familiale de  
FILASSISTANCE.  
  
Etablissements de soins publics ou privés : Hépitaux,  
cliniques, établissements de convalescence,  
établissements de soins de suite et de réadaptation  
(SSR), centres de rééducation, établissements d’HAD  
(Hospitalisation a domicile), etc... au sein desquels le  
Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une  
Autorité médicale.  
  
Evénement : Toute situation prévue par la présente

notice justifiant d’'une demande d’intervention auprés  
de FILASSISTANCE. LEvénement applicable pour  
chaque garantie est précisé au sein de ces derniéres.  
  
Evénement \_traumatisant Etat psychologique  
consécutif a 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 frangais.  
  
Hospitalisation Sauf stipulation contraire, tout  
séjour d’une durée supérieure a 24 heures, dans  
un Etablissement de soins public ou privé, pour un  
traitement médical ou chirurgical suite a 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 a 5 heures en train,  
il est remis un billet de train, lére classe. Pour les trajets  
supérieurs a 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 lAdhérent résidant dans les Départements-  
Régions d’Outre-Mer frangais 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 ceuvre les prestations garanties, aprés  
accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures a 18  
heures (hors jours fériés).  
  
Le Bénéficiaire ousonentourage doiventimpérativement  
contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone  
indiqué au début de la notice, préalablement a toute  
intervention ou mise en ceuvre d’une garantie, dans un  
délai maximum de dix (10) jours calendaires qui suivent :  
e Une immobilisation au domicile,  
  
¢ La sortie d’une hospitalisation,  
  
e Un décés.  
  
Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier  
qui seul justifiera une prise en charge de la part de  
FILASSISTANCE. A 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 piece demandée par FILASSISTANCE permettant  
de justifier la réalité de l'’evéenement qui le conduit  
a sa demande di’assistance ainsi que le respect des  
conditions d’octroi des garanties.  
  
En cas d’accident ou d’urgence médicale, le premier  
réflexe doit étre 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 4 un remboursement a posteriori ou au  
versement d’une indemnité compensatoire.  
  
Les montants de prise en charge, la durée de mise  
en oeuvre des prestations d’assistance ainsi que le  
nombre d’heures mentionnées dans les garanties ne  
sont pas forfaitaires.  
  
FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en ceuvre de  
toute prestation nécessitant l’intervention au Domicile  
d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard a 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 ceuvre de  
toute prestation en cas de comportement pénalement  
répréhensible (agressions, comportements racistes,  
insultes, ..) ou violent d’un Bénéficiaire a 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 a indemnisation pour  
le sinistre.  
  
2.2 - Remboursement des prestations  
  
Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que  
lintervention d’un prestataire auprés du Bénéficiaire  
nest pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le  
Bénéficiaire a organiser lui-méme la prestation.  
  
Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire  
ou a la personne ayant engagé les frais, par virement,  
les frais engagés sous réserve de la transmission des  
justificatifs suivants :  
  
\*unRIBaunom du Bénéficiaire ou au nom dela personne  
ayant engagé les frais afférent 4 un compte bancaire  
ouvert auprés 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 a la prestation qui  
aurait été mise en ceuvre par FILASSISTANCE au profit  
du Bénéficiaire,  
  
« les piéces justifiant la réalité de l’Evénement qui  
conduit le Bénéficiaire a sa demande d’assistance ainsi  
que le respect des conditions d’octroi des garanties.  
  
Le remboursement est conditionné a 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-méme la prestation. Le Bénéficiaire  
s’engage a payer le cas échéant le reste a charge a son  
prestataire.  
  
Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou ala  
personne ayant engagé les frais dans un délai de trente  
(30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble  
desdites piéces, sauf contestation notifiée a la personne  
concernée.  
  
\*Toute facture transmise dans un format ne garantissant  
pas l’inaltérabilité de cette derniére (.txt, .docx, .xlsx ou  
tout autre format permettant la modification de la  
facture a posteriori de son édition) ne permettra pas

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES  
D’ASSISTANCE VALANT NOTICE D’INFORMATION  
  
CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062  
ASSISTANCE SANTE  
  
d’obtenir un remboursement.  
  
2.3 - Conditions d’ordre médical  
  
Le choix des moyens a mettre en ceuvre pour répondre  
a une demande di’assistance, releve de la décision de  
l’équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si  
nécessaire, l’'avis du médecin traitant.  
  
La durée de mise en ceuvre 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 a l’6quipe médicale de FILASSISTANCE  
de prendre sa décision, cette derniére se réserve la  
possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute  
piéce médicale originale qui justifie e@véenement qui le  
conduit a sa demande d’assistance.  
  
Les piéces médicales devront étre adressées sous  
pli\_confidentiel a l’attention du service médical de  
FILASSISTANCE.  
  
2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d’assistance  
informations  
  
Les prestations d’informations sont délivrées  
uniquement par téléphone du lundi au vendredi de  
9hOO a 18h00 (hors jours fériés) sur simple appel du  
Bénéficiaire. En aucun cas, les reéponses aux demandes  
d'informations ne feront l'objet d'une confirmation  
écrite.  
  
FILASSISTANCE s’engage a fournir une réponse dans un  
délai maximal de 72 heures.  
  
La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun  
cas étre 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 a la santé  
ont pour objet d’écouter, d’informer et d’orienter le  
Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n’ont vocation  
a remplacer le médecin traitant. Les informations  
fournies ne peuvent se substituer a une consultation  
médicale et ne peuvent donner lieu a 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.  
  
f  
  
assistance  
  
Le contenu de Ilinformation 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 a  
donner des consultations juridiques.  
  
La validité des informations communiquées s’apprécie  
au moment de l’appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE  
ne pourra pas étre tenue responsable de la caducité  
des informations communiquées qui résulterait de  
’évolution de la réglementation postérieure a cet  
appel.  
  
Sont exclues de la \_ garantie les demandes  
d'information ne relevant pas du droit frangais.  
  
2.5 - Conditions d’avance de frais  
  
Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le  
Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, a  
sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre  
de faire face a certaines dépenses imprévues.  
  
Conditions préalables au versement de Il’avance par  
FILASSISTANCE  
  
A titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire  
de l’'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un  
certificat d’engagement au Bénéficiaire qui devra le  
renvoyer dament complété et signé par ses soins,  
accompagné d’une copie d’une piéce d’identité en  
cours de validité a FILASSISTANCE. Liavance sera mise  
en ceuvre aprés réception dudit certificat d’engagement  
par FILASSISTANCE.  
  
Délai de remboursement de Il’avance a FILASSISTANCE  
Le Bénéficiaire s’engage a rembourser a FILASSISTANCE  
la somme avancée par cette derniére dans un délai de  
trois (3) mois a 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 DES LADHESION  
Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :  
- par Bénéficiaires : |'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 infirmiére ou d'un intervenant  
  
a: Mise en relation sans prise en charge  
paramédical  
  
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 BENEFICIAIRE  
Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :  
  
- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;  
  
- par Evénement : l'Accident corporel ou la Maladie a l’origine de I'Hospitalisation  
  
3 heures maximum par Evenement  
Aide a domicile La garantie doit étre mise en ceuvre dans les 10 jours qui suivent la sortie de  
I'Hospitalisation.  
  
1 Titre de transport  
Présence d’un proche au chevet 2 nuits maximum 4 I’hétel (petit-déjeuner compris) par Evenement a 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 Evenement  
  
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D’IMMOBILISATION IMPREVUE D’UN BENEFICIAIRE  
Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :  
  
- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;  
  
- par Ev€nement : I'Accident corporel ou la Maladie a l’origine de I'Immobilisation  
  
Frais d’acheminement  
Livraison de médicaments (dans la limite de 2 livraisons maximum par année civile et dans la limite d’un rayon  
de 50 km autour du Domicile)  
  
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D’EVENEMENTS TRAUMATISANTS RESSENTIS PAR UN BENEFICIAIRE  
Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :  
  
- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;  
  
- par Evénement :|’Ev€nement traumatisant.  
  
Les entretiens doivent étre mis en ceuvre dans les 12 mois suivant la date de  
  
Accompagnement psychologique survenance de I'Evenement  
  
5 entretiens téléphoniques  
  
‘Bénéficiaires majeurs . = wee  
J OU 3 entretiens en face a face avec un psychologue clinicien  
  
‘Bénéficiaires mineurs . > woe  
5 entretiens en face a face avec un psychologue clinicien  
  
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT LONG (CHIMIOTHERAPIE, RADIOTHERAPIE, TRITHERAPIE,  
QUADRITHERAPIE OU CURIETHERAPIE)  
  
Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :  
  
- par Bénéficiaires : l’Adhérent ou son Conjoint ou leur(s enfant(s).  
  
ok . 10 heures maximum par protocole de soins a raison de 2 heures maximum par  
Aide a domicile  
  
séance  
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D’UN BENEFICIAIRE  
Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :  
- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s) ;  
- par Evénement : le décés.  
Aide a la recherche d'un opérateur funéraire Mise en relation sans prise en charge  
  
3 entretiens téléphoniques maximum par Evénement sur 90 jours, accompagné(s)  
  
ACSSMPECIMENMS AL SUMS alu Cae d’un appel de suivi dans les 12 mois 4a compter du décés  
  
Aides aux démarches administratives  
- Informations téléphoniques Entretiens téléphoniques  
  
« Mise a disposition d’un intervenant compétent 4 maximum par Evéenement réparties sur les 12 mois qui suivent le décés  
  
Avance des frais d’inhumation 2 000 € maximum par Evenement

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES  
D’ASSISTANCE VALANT NOTICE D’INFORMATION  
  
CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062  
ASSISTANCE SANTE  
  
4 = DETAIL DES GARANTIES  
  
Les garanties ci-aprés 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 redaction du tableau synoptique des garan-  
ties 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,  
  
e unephased’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, maitrise, protection)  
viaun programme d’accompagnement personnalisé.  
  
4.2 - Accompagnement psychologique  
  
FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec  
son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute  
adaptée et/ou une orientation vers les professionnels  
assurant la prise en charge psychologique.  
  
4.3 - Aide a domicile  
  
FILASSISTANCE met a disposition du Bénéficiaire une  
Aide a domicile exergant dans sa Zone de résidence afin  
de le soulager dans ses taches ménagéres quotidiennes.  
Elle intervient dés le premier jour de I’Hospitalisation  
pour venir en aide aux proches demeurant au domicile  
ou au retour au domicile.  
  
Avant la mise en ceuvre de la prestation, un certificat  
justifiant de la réalité de l'Evénement devra étre adressé  
a FILASSISTANCE sous pli confidentiel a l’attention du  
médecin régulateur de FILASSISTANCE.  
  
4.4 - Aide a 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 a 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 obséques et  
notamment dans les domaines suivants :  
  
¢ Obséques civiles ou religieuses,  
  
e Préleévements d’organes,  
  
¢ Don du corps,  
  
¢ Constatation de décés,  
  
¢ Déclaration de décés,  
  
e Chambres funéraires,  
  
¢ Transports funéraires.  
  
Les éventuels frais engagés restent a la charge des  
proches du Bénéficiaire.  
  
f  
  
assistance  
  
FILASSISTANCE organise et prend en charge, dans les  
limites prévues par le tableau des garanties, la venue  
d’un intervenant compétent a 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 ou le décés  
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 décés.  
  
Cette avance est accordée et remboursée dans les  
Mmodalités de I’article « Conditions d’avance de frais ».  
  
4.7 - Garde des Animaux de compagnie  
  
Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se  
retrouventsanssurveillanceau 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,  
¢Impéts / 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 (a l'exception de toute  
consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) :  
e Apprécie les interrogations, préoccupations ou  
problémes de santé du Bénéficiaire compte tenu des  
informations communiquées ;  
e Communique des informations générales sur :  
- Les pathologies (ex : pandémies ...),  
- Les analyses médicales, notamment les analyses de  
sang, et les examens médicaux (IRM...) ;  
e Communique des informations générales sur la santé  
au quotidien :  
- Pharmacie : comment la constituer et disposer des  
médicaments essentiels,

- Connaitre les gestes de secours (envoi d’une fiche  
pratique),  
- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment  
la constituer,  
- Automédication : les précautions a prendre,  
- Vaccinations ;  
e Communique 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 a l'enfant :  
¢ Calcul de l’IMC,  
¢ Informations « nutrition » (fiches information...) et  
conseils a suivre (renvoi vers le médecin traitant) ;  
- Bien-étre :  
¢ Précautions a 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) ;  
e Délivre des informations en matiére 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’Equipe  
médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE est a  
l’écoute du Bénéficiaire, pour l’informer, l'accompagner  
dans le systéme de soins et le guider dans les démarches  
administratives.  
  
De plus, le Bénéficiaire peut bénéficier d’informations  
sur:  
  
e les associations (visites au chevet, écoute spécifique,  
actions),  
  
e groupes de paroles,  
  
e l’'école a l’hdépital, activités ludiques, prét de livres,  
jeux vidéo, associations proposant l’'accompagnement  
par le biais d’animateurs qui jouent avec les enfants,  
organisation de goltter...  
  
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 4 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 a l’exécution de ces  
obligations dans le cas ou dans un rayon maximum  
de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments  
concernés ne seraient pas disponibles.  
  
FILASSISTANCE fait l’avance du coat des médicaments,  
qui seront remboursés par le Bénéficiaire dés qu’ils lui  
seront apportés.  
  
4.11 - Orientation vers des prestataires spécialisés  
FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire vers  
prestataires dédiés tels que :  
  
¢ aide a la toilette,  
  
¢ fournisseur de perruques,  
  
¢ coiffeur a domicile,  
  
¢ esthéticienne,  
  
¢ coach sportif.  
  
des  
  
4.12 - Accompagnement suite au décés  
  
Afin d’aider les proches dans les différentes étapes du  
deuil, d’identifier avec eux les démarches a accomplir,  
de planifier et de prioriser les actions a mettre en ceuvre,  
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 1ére  
classe ou avion classe économique.  
  
4.14 - Recherche d’un médecin, d’une infirmiére ou d’un  
intervenant paramédical  
  
En cas d’indisponibilité du médecin traitant habituel,  
FILASSISTANCE apporte son aide pour trouver un  
médecin de garde, une infirmiére ou un intervenant  
paramédical.  
  
En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne  
saurait étre engagée si aucun médecin, infirmiére ou  
intervenant paramédical n’était disponible.  
  
Les frais de visite ou autres restent a la charge du  
Bénéficiaire.  
  
5 = EXCLUSIONS  
  
5.1 - Exclusions communes a toutes les garanties et  
prestations  
  
FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes  
locaux d’urgence, ni prendre en charge les frais  
consécutifs a leur intervention.  
  
Exclusions générales  
  
Sont exclues et n’entrainent aucune prestation, ni  
délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :  
e 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 Il’absorption de médicaments, drogues,  
stupéfiants et produits assimilés, non \_ prescrits  
médicalement ;  
  
e les conséquences d’une faute intentionnelle ou  
dolosive du Bénéficiaire ;  
  
e les conséquences de la participation du Bénéficiaire  
a toute épreuve sportive a titre non amateur ;  
  
e les conséquences du non-respect des régles de  
sécurité reconnues liées a la pratique de toute  
activité sportive de loisirs ;  
  
e les conséquences d’explosions provoquées par  
des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des  
effets nucléaires radioactifs ;  
  
e les conséquences de guerre civile ou étrangére,  
d’émeutes, de gréves, de pirateries, d’interdictions  
officielles, de saisies, de terrorisme, d’attentats,  
d’enlévements, de séquestrations, de prises d’otages  
ou contraintes par la force publique, tels que visés  
par la réglementation ;  
  
e les conséquences d’événements climatiques tels  
que tempétes, ouragans ou cataclysme naturel ;  
  
e les conséquences des épidémies, des pandémies,  
de tout risque infectieux ou chimique ;  
  
e les conséquences de la participation volontaire du  
Bénéficiaire a 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  
  
e les conséquences de la tentative de suicide ou  
le suicide de l’'Adhérent survenu au cours de la lére  
année suivant l’adhésion.  
  
Par ailleurs, ne donnent lieu a aucun remboursement  
de la part de FILASSISTANCE :  
  
¢ tous frais téléphoniques engagés par I’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  
  
Conformémenta l'article L121-12 du Code des assurances,  
FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions  
de l’'Adhérent contre tout responsable du dommage, a  
concurrence du montant de la prestation servie.  
LAdhérent doit informer FILASSISTANCE de |’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 a la Loi « Informatique et Libertés »  
modifiée, la collecte des données a caractére personnel  
du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de  
son contrat d’assistance par FILASSISTANCE et ses  
prestataires.  
  
Les informations recueillies auprés 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 ; I’élaboration de statistiques  
notamment commerciales, d’activité et actuarielles  
; ’'exercice des recours et la gestion des réclamations  
et contentieux ; l’exécution des dispositions légales,  
réglementaires etadministratives en vigueurnotamment  
la lutte anti-blanchiment, contre le financement du  
terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives a  
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 ala  
sécurité des prestataires.  
  
Les destinataires de ces données personnelles, sont,  
dans le strict cadre des finalités @noncées ci-dessus  
: les personnels dGment 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 étre amenés a collecter auprés du Bénéficiaire  
des données de santé. Ces données de santé sont  
collectées aux fins de mise en ceuvre des garanties  
  
f  
  
assistance  
  
demandées. Elles pourront étre communiquées  
exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou  
sous-traitants qui s’engagent a 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 a la fois des délais  
de prescription Iégaux et des délais prévus par les  
différentes obligations de conservation imposées par la  
réglementation.  
  
Le Bénéficiaire dispose notamment d’un droit d’accés,  
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 a  
caractére personnel aprés son décés.  
  
Sous certaines conditions reglementaires, le Bénéficiaire  
peut faire l’exercice du droit d’opposition ou delimitation  
du traitement de ses données personnelles, toutefois,  
toute opposition ou refus pourra empécher |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  
Coeur 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 a la collecte ou au traitement de ses données  
a caractére personnel au service du Délégué a 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 a 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 a mobiliser tous les moyens  
d’action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des  
prestations d’assistance prévues a la présente notice. A  
ce titre, FILASSISTANCE est tenue d’une obligation de  
moyens dansladélivrance etlaréalisation des prestations  
d’assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de  
prouver la défaillance de FILASSISTANCE.  
FILASSISTANCE est seule responsable vis-a-vis du  
Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des  
prestations d’assistance. Ace titre, FILASSISTANCE sera  
responsable des seuls dommages directs, quelle qu’en  
soit la nature, a 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 a ses obligations qui  
sera la conséquence d’une cause étrangére (cas de  
force majeure tel que defini a 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 contréle  
  
FILASSISTANCE est soumise au contréle de l’Autorité de  
Contréle 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 4 tout moment, toute réclamation  
portant sur le traitement d’une demande d’assistance  
(délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.)  
pourra étre formulée dans un premier temps par  
l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs  
ayants droit (ci-aprés le « Réclamant ») :  
  
e auprés du service qui a traité cette demande par  
téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la  
notice,  
  
e par courrier a l’adresse suivante :  
  
FILASSISTANCE INTERNATIONAL  
  
Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline  
  
92213 SAINT-CLOUD CEDEX  
  
¢ par mail : qualite@filassistance.fr  
  
e 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 a compter  
de la date d’envoi de la réclamation, sauf si une réponse  
peut étre communiquée au Réclamant dans ce délai.  
  
A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de  
deux (2) mois maximum a compter de la date d’envoidela  
réclamation sauf en cas de survenance de circonstances  
particuliéres 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 a |l’expiration  
d’un délai de deux (2) mois aprés l’envoi de sa premiére  
réclamation écrite, ou le cas échéant a compter de la  
date de réception de la réponse négative formulée par  
FILASSISTANCE, en adressant sa demande :  
  
i)  
Par courrier a l’'adresse suivante :  
Médiation de l’Assurance TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09  
  
ly  
  
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, a 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 aprés 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 a compter de l’événement qui  
y donne naissance. Par exception, les actions dérivant  
  
d’un contrat d’assurance relatives a des dommages  
résultant de mouvements de terrain consécutifs a la  
sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme  
une catastrophe naturelle dans les conditions prévues a  
l'article L. 125-1, sont prescrites par cing (5) ans a 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 ou l’assureur en  
a eu connaissance ;  
  
2° En cas de sinistre, que du jour ou les intéressés en ont  
eu connaissance, s’ils prouvent qu’ils l'ont ignoré jusque-  
la.  
  
Quand I’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 ou ce tiers a exercé une action en justice  
contre l’assuré ou a été indemnisé par ce dernier.  
  
La prescription est portée a 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 a compter du  
décés 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 a la suite d’un sinistre.  
Linterruption 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 a l’'assuré en ce  
qui concerne l’action en paiement de la prime et par  
l'assuré a l'assureur en ce qui concerne le reglement de  
l'indemnité.  
  
Caractére d’ordre public de la prescription  
  
Article L.114-3  
  
Par dérogation a l'article 2254 du Code Civil, les parties  
au contrat d’assurance ne peuvent, méme 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 a 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, méme en référé, interrompt le  
délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.  
  
Il en est de méme lorsqu’elle est portée devant une  
juridiction incompétente ou lorsque Il’acte de saisine  
de la juridiction est annulé par l’effet d’un vice de  
procédure.  
  
Article 2242 du Code civil  
Linterruption résultant de la demande en justice produit  
ses effets jusqu’a l’extinction de l’instance.

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES  
D’ASSISTANCE VALANT NOTICE D’INFORMATION  
  
CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062  
ASSISTANCE SANTE  
  
Article 2243 du Code civil  
  
Linterruption est non avenue si le demandeur se désiste  
de sa demande ou laisse l’instance, ou si sa demande  
est définitivement rejetée.  
  
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  
  
Linterpellation faite a 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, méme contre les  
héritiers.  
  
En revanche, l’interpellation faite a l'un des héritiers  
d’un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet  
héritier n’interrompt pas le délai de prescription a  
l’égard des autres cohéritiers, méme en cas de créance  
hypothécaire, si l’obligation est divisible.  
  
Cette interpellation ou cette reconnaissance  
n’'interrompt le délai de prescription a I’égard des autres  
codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.  
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout,  
a l’égard des autres codébiteurs, il faut l’interpellation  
faite a tous les héritiers du débiteur décédé ou la  
reconnaissance de tous les héritiers.  
  
Article 2246 du Code civil  
  
Linterpellation 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 a l'article L. 114-  
3 du Code des assurances sont énumérées aux articles  
2233 a 2239 du Code civil reproduits ci-aprés dans leur  
version en vigueur au ler janvier 2018 :  
  
Article 2233 du Code civil  
  
La prescription ne court pas :  
  
1. a l’'égard d’une créance qui dépend d’une condition,  
jusqu’a ce que la condition arrive ;  
  
2. a l’égard d’une action en garantie, jusqu’a ce que  
l’éviction ait lieu ;  
  
3. a l'égard d’une créance a terme, jusqu’a 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  
empéchement 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,  
  
Fi  
  
assistance  
  
arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers,  
fermages, charges locatives, intéréts des sommes  
prétées et, généralement, les actions en paiement de  
tout ce qui est payable par années ou a 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 I’héritier  
acceptant a concurrence de l’actif net, a l’égard des  
créances qu’il a contre la succession.  
  
Article 2238 du Code civil  
  
La prescription est suspendue a compter du jour ou,  
apres la survenance d’un litige, les parties conviennent  
de recourir ala médiation ou ala conciliation ou, a défaut  
d’accord écrit, Aa compter du jour de la premiére réunion  
de médiation ou de conciliation. La prescription est  
également suspendue a compter de la conclusion d’une  
convention de procédure participative ou a compter de  
l'accord du débiteur constaté par I’huissier de justice  
pour participer a la procédure prévue a l'article L. 125-1  
du Code des procédures civiles d’exécution.  
  
Le délai de prescription recommence a courir, pour  
une durée qui ne peut étre inférieure a six (6) mois, a  
compter de la date a 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 a courir a compter du  
terme de la convention, pour une durée qui ne peut étre  
inférieure a six (6) mois. En cas d’échec de la procédure  
prévue au méme article, le délai de prescription  
recommence a courir a compter de la date du refus du  
débiteur, constaté par I’huissier, pour une durée qui ne  
peut étre inférieure a six (6) mois.  
  
Article 2239 du Code civil  
  
La prescription est également suspendue lorsque le  
juge fait droit 4a une demande de mesure d’instruction  
présentée avant tout procés.  
  
Le délai de prescription recommence a courir, pour  
une durée qui ne peut étre inférieure a six (6) mois, a  
compter du jour ou la mesure a été exécutée.  
  
Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie  
du contrat. Ces articles sont disponibles a 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  
  
Ilest 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 francais.  
  
En cas de litige portant sur la présente notice et a défaut  
d’accord amiable, il sera fait expressément attribution  
de juridiction prés les tribunaux dans le ressort desquels  
se situe le domicile de lAdhérent.

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE  
  
Document d'information sur le produit d’assurance  
  
N) malakoff  
. 4 humanis  
néoliane ———  
  
Produit co-concu et co-distribué par GROUPE SANTIANE HOLDING - SAS au capital de 511 539 € — RCS Paris 812 962 330 — 30/32 Boulevard de  
Vaugirard 75015 PARIS — Intermédiaire en assurances — Immatriculée a |'Orias N°19 004 119 (www.oriasfr). , et distribué par NEOLIANE SANTE —  
SAS au capital de 2 000 000 € — RCS Nice B 510 204 274 - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel’R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX  
3 —Intermédiaire en assurances — Immatriculée a l'Orias sous le N° 09 O50 488 ( www.orias fr).  
  
Assuré et co-con¢cu par QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724  
RCS Paris. Société du groupe Malakoff Humanis.  
  
Produit : NEOLIANE OPTIMA  
  
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 NEOLIANE OPTIMA sont fournies au client dans d'autres  
documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.  
  
De quel type d’assurance s'agit-il ?  
  
Le produit d’Assurance Complémentaire Santé NEOLIANE OPTIMA est un contrat complémentaire collectif & adhésion facultative individuelle ayant  
pour objet le remboursement de tout ou une partie des frais de santé restant a la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d’accident,  
de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale frangaise.  
  
Le produit NEOLIANE OPTIMA est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la legislation. 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 |'Adhérent.  
  
Le produit NEOLIANE OPTIMA est conforme au dispositif «100% Santé» qui permet a I'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste a charge sur les paniers  
  
optique, dentaire et aides auditives.  
  
Aa QU'EST CE QUI EST ASSURE ?  
  
Les remboursements de frais couverts par l’'assurance ne  
peuvent pas étre plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont  
soumis a des plafonds qui varient en fonction de la formule et  
par conséquent une somme peut rester a votre charge. Le détail  
de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.  
  
LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :  
  
V Hospitalisation : Honoraires, Forfait journalier hospitalier,  
  
Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime  
Obligatoire ;  
  
V Dentaire : Soins et prothéses 100% Santé (Panier 100% Santé),  
Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothéses  
dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le  
Régime Obligatoire ;  
  
V Optique : Equipements verres et montures de la Classe  
A- Panier 100% Santé, Monture et verres (equipement de la  
Classe B), Lentilles de contact remboursées par le RO - Régime  
Obligatoire ;  
  
V Soins courants : Médicaments, Honoraires médicaux,  
Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire,  
Matériel médical ;  
  
V Aides auditives : Equipements 100% Santé (Classe | - Panier  
100% Santé), Prothéses auditives de la Classe Il.  
  
LA GARANTIE D’ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :  
  
V Aide a domicile : en cas d’'accident ou de maladie soudaine  
et imprévisible entrainant une hospitalisation imprévue ou  
programmée ;  
  
JV Présence d’un proche: en cas d’accident ou de maladie  
soudaine et imprévisible entrainant une hospitalisation  
imprévue ou programmeée ;  
  
V Soutien psychologique : en cas d'évenements ressentis  
comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;  
  
JV Avance de fond: en cas de décés de l'un des bénéficiaires.  
  
LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :  
¢ Hospitalisation : Chambre particuliére, Frais accompagnant;  
  
LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :  
V Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d’avance de  
frais chez de nombreux professionnels de santé);  
  
L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :  
  
V Assistance en cas d'événements traumatisants,  
d'immobilisation, d’hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de  
perte d’autonomie ou de décés.  
  
« Les garanties précédées d’une V sont  
systématiquement prévues au contrat ».  
  
A QU’EST-CE QUI N’EST PAS ASSURE ?  
  
X Les indemnités complémentaires a la Sécurité sociale en cas d'arrét  
de travail.  
  
X Les soins recus avant la date d’effet du contrat.  
  
X Les soins recus aprés la date de résiliation du contrat ou la date  
de cessation des garanties.  
  
Cette liste n’est pas exhaustive.  
  
Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS ALA  
COUVERTURE ?  
  
PRINCIPALES EXCLUSIONS :  
  
!La prise en charge lors de séjours occasionnels a l’étranger dont  
l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux («  
tourisme médical »).  
  
! La chambre particuliére et le lit accompagnant ne sont pas pris en  
charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie,  
neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas  
d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de  
repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation  
(SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements  
d’hébergement pour personnes agées.  
  
PRINCIPALES RESTRICTIONS :  
  
!La participation forfaitaire de 2 € pour chaque consultation  
médicale ou tout acte de biologie médicale.  
  
! La franchise del € sur les boites de médicaments et sur les actes  
d’auxiliaires médicaux.  
  
! La franchise de 4 € sur les transports sanitaires.  
  
!La minoration en cas de non-respect du parcours de soins  
(consultation d'un médecin sans prescription du médecin  
traitant/absence de médecin traitant).  
  
!La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire  
et les ayants droits sur les actes et prestations pour lesquels le  
patient n’a pas accordé l’accés au dossier médical.  
  
! Optique : la fréquence de remboursement pour un equipement  
optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux (2) ans pour les  
plus de seize (16) ans et tous les ans chez les moins de seize (16)  
ans et tous les six (6) mois pour les moins de six (6) ans, avec  
possibilité de renouvellement anticipé en cas d’évolution de la  
vue  
  
! Aide auditive : prise en charge d’une aide auditive par oreille  
tous les quatre ans la limite des plafonds fixés dans le tableau  
de garanties  
  
! Dépassements d’honoraires : plafonnement des dépassements  
d’honoraires des médecins n’adhérant pas au dispositif de  
pratique tarifaire maitrisée»  
  
Cette liste n’est pas exhaustive.

& OU SUIS-JE COUVERT(E) ?  
  
Y En France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion.  
  
Y Al'étranger, en cas d’accident ou de maladie inopinée :  
  
- aux assurés se déplacant en dehors du territoire frangais pour une durée de moins de 3 mois et dans la limite de 6 mois par année civile,  
- aux assurés en déplacement a raison de leur activité professionnelle dans le cadre d’un détachement,  
  
- les frais engagés d’une maniére occasionnelle sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité Sociale.  
  
—& QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?  
  
Sous peine, en fonction de l’obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit a garantie ou de résiliation du contrat :  
  
A la souscription du contrat :  
  
- Remplir avec exactitude et signer la demande d’adhésion ;  
  
- Résider en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;  
  
Etre Agé(e) a la date de signature de la demande d'adhésion entre dix-huit (18) ans minimum et quatre-vingt-cing (85) ans inclus,  
- Etre adhérent(e) a l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous;  
  
- Relever du Régime Obligatoire ;  
  
- Fournir tout document justificatif demandé par I’'Assureur ;  
  
- Régler la cotisation indiquée sur la demande d’adhésion.  
  
En cours de vie du contrat :  
  
- Informer les services de l'assureur en cas de changement d’adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de régime de Sécurité  
sociale,  
  
- Régler les cotisations prévues au contrat.  
  
our le versement des prestations :  
- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.  
  
& QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?  
  
Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies a la souscription. La périodicité de prélevement  
peut étre mensuelle, semestrielle, trimestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d’avance notamment par prélevement.  
  
QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?  
  
Début du contrat : La couverture prend effet a la date choisie par l'adhérent et mentionnée sur le certificat d’adhésion. La date d’effet est  
fixée au plus tdt au troisieme jour suivant la date de réception de la demande d’adhésion complétée et signée, sous réserve d’acceptation du  
dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la premiére cotisation et en tout état de cause, a l’issue des vérifications reglementaires  
incombant aux entreprises d’assurance.  
  
Durée du contrat : Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette premiére année, il se renouvelle ensuite au 1\*"janvier de  
chaque année, par tacite reconduction.  
  
Droit de renonciation au contrat : L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus, qui commence  
a courir soit a partir de la date de signature de son contrat, soit a compter du jour ou il a regu les conditions contractuelles et les informations  
particuliéres si cette derniére date est postérieure.  
  
Fin du contrat : La couverture de |'Adhérent prend fin:  
  
- ala date de résiliation selon les conditions prévues au contra  
- au décés de |’'Adhérent,  
  
- ala date a laquelle ils perd le statut de bénéficiaire.  
  
COMMENT PUIS-JE RESILIER LE CONTRAT ?  
  
LAdhérent peut résilier son adhésion a l'échéance anniversaire puis a chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou  
jusqu’a trente (30) jours aprés la date d'envoi de son échéancier. La résiliation prend effet la veille de '6chéance annuelle a 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 siége social 4: NEOLIANE SANTE - Service Résiliation -  
143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'’R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
  
- par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier  
ou me rétracter ».  
  
Une fois la premiére année de souscription écoulée, l'Adhérent bénéficie de la méme faculté qu'il peut toutefois exercer a tout moment. La  
résiliation prend alors effet un mois aprés réception de la notification de résiliation par l'assureur.  
  
Enfin, en cas de désaccord suite a une modification de ses droits et obligations ou a l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier  
dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l’en informant.

{v> OPTIMA  
  
NI\_NEOOPTIMA\_0032621 - Edition : Décembre 2024  
  
neoliane  
  
NEOLIANE SANTE  
143 Boulevard René Cassin  
Immeuble Nouvel’R - Bat C  
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3  
www.neoliane.fr  
  
Produit distribué par NEOLIANE SANTE - 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 a |’Orias sous  
le N° 09 O50 488.  
  
Produit assuré par QUATREM - - 21 rue Laffitte 75009 Paris - SA au capital de 510 426 261 euros - RCS Paris 412 367 724 - régie  
par le Code des assurances - Société du groupe Malakoff Humanis.  
  
Assistance : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - 108 Bureaux de la Colline — 92213 SAINT-CLOUD Cedex - SA au capital de  
4100 000 € — RCS Nanterre 433 O12 689 — Entreprise régie par le Code des Assurances — N° d’identifiant unique ADEME :  
FR329'7780\_OILOPR.  
  
Sociétés soumises au contréle de l'ACPR —- 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.  
  
RBI  
  
Si vous imprimez ce document,  
pensez a le trier !