

Étude réalisée le : 03/05/2019

Cabinet : ACS ASSURANCE on line
Adresse : 22 RUE DE DUNKERQUE
Code Postal : 11400
Ville : CASTELNAUDARY
Tél. : 0468718720
Fax :
E-mail : acs.assu@gmail.com
N° ORIAS : 18001486
N° RCS : 835306473

Madame, Monsieur,

Vous trouverez dans ce devis personnalisé le détail des prestations choisies ainsi que les tarifs associés à votre profil et à vos souhaits.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Sincères salutations,

Votre interlocuteur

GOMEZ Andrea
09 72 58 25 76

Devoir de conseil

Cette étude personnalisée est établie conformément aux articles L. 520-1-II et R. 520-2 du Code des Assurances et a pour objectif de définir vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation. Ce devis est valable 30 jours et ne constitue en aucun cas le contrat d'assurance. Les tarifs fournis sur ce document sont calculés à titre indicatif, sous conditions d'acceptation par Néoliane Santé & Prévoyance.

Vos besoins en cas d'hospitalisation

Je souhaite que ma complémentaire santé rembourse les dépassements d'honoraires modérés et les prestations de confort aux prix moyens.

Vos besoins pour vos frais en dentaire

J'anticipe des soins dentaires comme la pose de prothèses ou l'orthodontie et je souhaite que ma complémentaire santé prenne en charge une partie de ces actes dentaires.

Vos besoins pour vos dépenses en optique

L'optique est un poste de dépense qui me concerne et une prise en charge entre 75 € et 125 € par an me suffit.

Vos besoins pour vos frais de soins courants (consultation \ pharmacie)

Je consulte de temps en temps des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires. Une prise en charge des honoraires modérés me convient.

Nous insistons sur l'importance et l'exactitude des réponses que vous pourrez donner aux questions lors de la souscription du contrat. Toute fausse déclaration peut entraîner une annulation du contrat et l'absence de couverture en cas de sinistre.

Informations générales

Nous sommes intermédiaire en assurances, exerçant sous le statut de Courtier, immatriculé à l'ORIAS N°09 050 488. Vous trouverez ces informations sur le site de l'ORIAS à l'adresse suivante : www.orias.fr. Notre cabinet exerce selon les dispositions prévues à l'article L. 520-1-II du Code des assurances, cela veut dire que le contrat que nous vous proposons est issu des organismes assureurs partenaires de notre cabinet. Vous pouvez obtenir leur nom sur simple demande auprès de notre cabinet.

En cas de réclamation

Dans un premier temps, nous vous recommandons de contacter notre cabinet aux coordonnées fournies sur ce document. Vous avez également la possibilité de contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution à l'adresse suivante : 4 place de Budapest – 75436 Paris CEDEX 09. Les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance et les informations administratives peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes les informations figurant sur les fichiers qui vous concernent en adressant, par écrit, votre demande à notre cabinet.

Votre solution Néoliane :

Au vu des besoins que vous avez exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie **Neoliane Equilibre**, **Neoliane Equilibre**

Vous trouverez sur ce devis un projet personnalisé détaillé présentant la garantie avec la cotisation mensuelle et les points forts de la garantie proposée.

☒ Je reconnais avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessous, et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

☒ Je déclare être résident fiscal en France.

DEVIS PERSONNALISÉ

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Civilité : Madame

Nom : bennegui

Prénom : aicha

Adresse : 16 RUE DE LA TOUR

Code Postal : 31200

Ville : Toulouse

Tél :

E-mail : missden322@gmail.com

Neoliane Equilibre

Date d'effet souhaitée | 0 | 1 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 9 |

70.79 € TTC /mois

pour 2 personne(s)

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NÉOLIANE ÉQUILIBRE

Sélection de la formule	<input type="checkbox"/> FORMULE 1	<input type="checkbox"/> FORMULE 2	<input checked="" type="checkbox"/> FORMULE 3	<input type="checkbox"/> FORMULE 4	<input type="checkbox"/> FORMULE 5	<input type="checkbox"/> FORMULE 6
Sélection du renfort	<input type="checkbox"/> RENFORT BIEN-ÊTRE		<input checked="" type="checkbox"/> RENFORT BIEN-ÊTRE +			
Bénéficiaires		Date de naissance		Régime d'assurance maladie		
bennegui principal aicha		1999		SALARIE		
Conjoint		1993		SANS_EMPLOI		
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						
Enfant 5						
Cotisation mensuelle				70.79		

Les cotisations sont calculées sur les tarifs en vigueur et valables jusqu'au 31/12/2019. Elles peuvent évoluer au 1^{er} janvier de chaque année conformément à la notice d'information du contrat et des statuts de l'Association GPST, et sous réserve des évolutions de la réglementation de la Sécurité Sociale en matière de remboursements. (Tarif Réf : 2/012)

DES GARANTIES AU MEILLEUR TARIF

Néoliane **ÉQUILIBRE** répond à vos attentes et vos besoins en proposant des réductions pour tous les profils : couples (-7 %), familles* (-10 %), gratuité du 3ème enfant**, travailleurs indépendants (-10 %).

LES
POINTS
FORTS DU
PRODUIT



DES GARANTIES POUR TOUS LES PROFILS

Vous avez la possibilité d'ajouter les packs "Bien-Être" ou "Bien-Être +" à votre formule pour bénéficier de remboursements en médecine naturelle, chambre particulière et cure thermale.

BONUS FIDÉLITÉ

Votre fidélité est récompensée avec Néoliane **ÉQUILIBRE** ! Vos garanties en hospitalisation, dentaire et sur des prestations diverses seront augmentées dès la 2ème année d'adhésion.

TIERS PAYANT NATIONAL

Avec près de 9 millions de bénéficiaires, le réseau Viamedis vous dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé, soit plus de 180 000 accords sur tout le territoire français.

* Si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale)
** 3ème enfant uniquement

TABLEAU DES GARANTIES NÉOLIANE ÉQUILIBRE

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO).

HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ	EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100%	120%	140%	165%	190%	215%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR*** ^{(1) (3)}	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100%	120%	140%	165%	190%	215%
<div>BONUS FIDÉLITÉ</div>	à compter de la 2e année d'adhésion :	120%	140%	160%	185%	210%
	à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	140%	160%	180%	205%	230%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE						
<div> <div> </div> <div>À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé</div> </div>						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)	100%	150%	175%	200%	225%	250%
<div>BONUS FIDÉLITÉ</div>	à compter de la 2e année d'adhésion :	125%	175%	200%	225%	250%
	à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	150%	200%	225%	250%	275%
Plafond dentaire ⁽⁵⁾	illimité	400€	500€	600€	700€	800€
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO ⁽⁶⁾						
<div> <div> </div> <div>À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé</div> </div>						
Monture et verres (équipement)*** :						
- Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100%	100%	100%	125€	150€	175€
- Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100%	100%	100%	200€	225€	250€
Lentilles (par an)	100%	100%	100%	50€	75€	75€
CONSULTATION ET PHARMACIE						
Pharmacie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	125%	125%	150%	175%	200%
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	105%	105%	105%	105%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes techniques médicaux (adhérents ou non à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses – Actes de biologie	100%	100%	100%	100%	100%	125%
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (ADI – ADE)	100%	100%	100%	100%	100%	125%
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* (ADI – ADE)	100%	100%	100%	100%	100%	105%
PRESTATIONS DIVERSES						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125%
<div>BONUS FIDÉLITÉ</div>	à compter de la 2e année d'adhésion :	Néant	Néant	125%	125%	150%
	à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	125%	125%	125%	150%	175%
<div> <div> </div> <div>À partir du 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé</div> </div>						
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100%	100%	100%	100%	100%	125%
SERVICES						
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PACK BIEN-ÊTRE (OPTIONNEL)						
Forfait Chambre particulière ⁽⁴⁾	45 € / jour					
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étiothérapie, Diététicien, Microkinésithérapie, Podologue)	20 € / séance, limité à 3 actes / an					
PACK BIEN-ÊTRE+ (OPTIONNEL)						
Forfait Chambre particulière ⁽⁴⁾	60 € / jour					
Forfait frais accompagnant (Tv, lit, repas) ⁽⁴⁾	15 € / jour					
Forfait pharmacie non remboursée par le RO	30 € / an					
Forfait médecines naturelles (ostéo, chiro, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiothérapie, diététicien, micro kiné, podologue)	25€ / séance limité à 3 séances / an					
Cure thermale	100% + forfait de 100 € / an					
Forfait prothèses orthopédiques	75 € / an					
Forfait prothèses auditives	150 € / an					

(4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière 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).

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.

Aucun questionnaire médical.

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 Euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

Sauf mention contraire, ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvert droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) Garantie à hauteur de la garantie pendant une durée limitée de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 60 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et SSR***, puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

(2) Illimité – SONT EXCLUS des garanties pour ce produit :
- les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie - Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale), la thalassothérapie.

(3) La chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

(5) Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception des formules 1, 2 et 3, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue ou la période est réduite à un an. Le forfait attribué pour la monture ne pourra pas excéder 150 € en 2019. À partir du 1^{er} janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le

forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100 € dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30€ pour un équipement de classe A. Ces périodes s'apprécieront à compter de la date d'effet du contrat. Le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€).

(6) Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1^{er} janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

**Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

*** SSR = Etablissement de soins de suite et de réadaptation

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

ADC : Actes de chirurgie

ADA : Actes d'anesthésie

ADI : Actes d'imagerie

ADE : Actes d'échographie

ATM : Actes Techniques Médicaux

ADT : Prothylaxie bucco-dentaire

END : Actes d'odontologie

ICO : Inlay-Core

INO : Actes inlay-onlay

ORT : Orthodontie médecin

PAR : Prothèses amovibles définitives résine

PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques

PFC : Prothèses fixes céramiques

TDS : Parodontologie

TO : Orthodontie

RPN : Réparation sur prothèses

CONFORME
à la réforme



Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

GARANTIES INCLUSES DANS LE PANIER 100% SANTÉ	REMBOURSEMENT SUR TOUTES LES FORMULES	COMPOSITION DU PANIER	ENTRÉE EN VIGUEUR
OPTIQUE			
Monture	Au maximum de 100€ ⁽¹⁾	- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ (classe A). Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes «100% santé» en deux coloris différents ; - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	À partir de janvier 2020
Verres	Entièrement remboursé		
DENTAIRE			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays	Entièrement remboursé	- Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toutes localisations ; - Inlays core et couronnes transitoires ; - Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine.	Progressif à partir de janvier 2020
Inlay-Core			
Prothèses dentaires			
AIDES AUDITIVES			
Prothèses auditives	Entièrement remboursé	- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptives, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.	À partir de janvier 2021

⁽¹⁾ Le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€).

LES DATES «CLÉS» DE MISE EN PLACE DU NOUVEAU DISPOSITIF *

**DÈS
2019**

- Les tarifs du panier «100% santé» seront plafonnés en audiologie (dès janvier) et en dentaire (dès avril).
- Le remboursement des aides auditives (Sécurité sociale + complémentaire) augmentera de 100€.
- Au total, le reste à charge pour les assurés diminuera de 200€ en moyenne pour les aides auditives (audioprothèses).

**DÈS
2020**

- L'offre «100% santé» sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire.
- Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200€ et le remboursement «Sécurité sociale + complémentaire» augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne.

**DÈS
2021**

L'offre «100% santé» sera garantie pour le reste du panier dentaire, ainsi que pour les aides auditives.

* source: dossier presse du gouvernement du 13 juin 2018

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

		EQ 1		EQ 2		EQ 3		EQ 4		EQ 5		EQ 6	
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	40€	24€	16€	30,25€	9,75€	30,25€	9,75€	36,50€	3,50€	Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Achat d'une paire de lunettes (verres complexes) tous les 2 ans	350€	350€		350€		350€		200€	150€	225€	125€	250€	100€
Soin dentaire : détartrage (SDE)	28,92€	Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Pose d'un inlay-core à clavette (ICO)	320€	144€	176€	216€	104€	252€	68€	288€	32€	Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an (TO)	860€	387€	473€	580€	280€	677,25€	182,75€	774€	86€	Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Chirurgie : pose d'une prothèse de hanche pour les médecins adhérents au DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé)	900€	459€	441€	550,80€	349,20€	642,60€	257,40€	757,35€	142,65€	872,10€	27,90€	Remboursement intégral	

Votre remboursement (Régime Obligatoire + Néoliane ÉQUILIBRE)

Votre reste à charge

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu par **NEOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE** (intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS N°09 050 488) et assuré par PREPAR-IARD, entreprise d'assurance immatriculée en France, régie par le Code des assurances, n° SIREN 343 158 036..

Assisteuse : Filassistance, entreprise de droit français régie par le Code des assurances, n° SIREN 433012689

Produit : **NEOLIANE EQUILIBRE**

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 EQUILIBRE 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 NEOLIANE EQUILIBRE est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit NEOLIANE EQUILIBRE est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré.



Qu'est ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation secteur conventionné** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Chirurgie et anesthésie, Frais de transport ;
- ✓ **Hospitalisation secteur non conventionné** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Chirurgie et anesthésie ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, inlay-core, implantologie et orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- ✓ **Optique acceptée ou refusée par le RO** : Monture et verres (équipement), lentilles ;
- ✓ **Consultation et Pharmacie**, Médecins généralistes ou spécialistes, Auxiliaires médicaux, Actes techniques médicaux, Analyses/Actes de biologie, Imagerie Médicale ;
- ✓ **Prestations diverses** : Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage.

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

Hospitalisation secteur conventionné : Chambre particulière, Frais accompagnant (Tv, lit repas) ;

Consultation et Pharmacie : Forfait pharmacie non remboursée par le RO, Forfait médecines naturelles, Cure thermique, Forfait prothèses orthopédiques, Forfait prothèses auditives.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

LES GARANTIES D'ASSISTANCE :

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

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique
- ✗ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.
- ✗ Forfait journalier hospitalier : sont exclus : les séjours en gériatrie, en instituts médico pédagogiques, une unité de soins longs séjours, en établissements d'hébergement pour personnes âgées. Les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale »), la thalassothérapie.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

AUTRES EXCLUSIONS

- ! Les frais de séjour : garantis à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 60 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle.
- ! Chambre particulière et 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).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : prise en charge dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire ;
- ! **Forfait journalier hospitalier** : ne sont pas pris en charge les séjours en gériatrie, en Instituts Médico

Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées... ;

- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Dentaire** : Plafond dentaire entre 700 et 800 euros sur les formules les plus élevées.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine
- Etre adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous
- Avoir 18 ans minimum et 89 ans maximum à la souscription
- Relèver du régime Obligatoire français
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel ou Semestriel).

Les paiements peuvent être effectués mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les prélèvements mensuels.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion, ou à compter du jour où l'adhérent reçoit l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction. La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Pour la première année d'adhésion : en envoyant une demande par courrier ou par mail deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire ;
- Pour les années suivantes : en envoyant une demande par courrier ou par mail au moins deux mois avant le 1er janvier.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une demande dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

RÉCAPITULATIF DES OFFRES CHOISIES

NOM(S) PRODUIT(S)	TARIF(S)
Neoliane Equilibre	70,79 €