

Étude réalisée le : 22/05/2019

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 prenne en charge les dépassements d'honoraires élevés et les prestations de confort coûteuses.

Vos besoins pour vos frais en dentaire

Mes besoins dentaires sont importants et je souhaite que les remboursements relatifs aux prothèses ou à l'orthodontie soient élevés.

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)

Mes besoins en consultations sont très élevés car je consulte régulièrement des médecins qui pratiquent d'importants dépassements d'honoraires.

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 **Néoliane Vitalité**

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.

Civilité : Madame
 Nom : BRAUGE
 Prénom : Genevieve
 Adresse : 2 IMP LILIANE BESGRAVES
 Code Postal : 31500
 Ville : TOULOUSE
 Tél. :
 E-mail : g.brauge@orange.fr

Neoliane Vitalite

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

84.33 € TTC /mois

pour 1 personne(s)

Néoliane

Vitalité

SELECTION DE LA FORMULE

Souscription possible à partir de 18 ans sans limite d'âge à l'adhésion

SELECTION DE LA FORMULE		NÉOLIANE VITALITÉ			
Souscription possible à partir de 18 ans sans limite d'âge à l'adhésion					
Complémentaire santé		<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2	<input type="checkbox"/> V3	<input checked="" type="checkbox"/> V4
Bénéficiaires		Date de naissance		Régime	
BRAUGE <small>cipal</small>	Genevieve	1958		SALARIE	
Conjoint					
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					
Enfant 5					
				Cotisation mensuelle TTC	84.33

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 EQC089NIC_01/2019 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.

AVANTAGES DE NÉOLIANE VITALITÉ

**Des avantages fidélité**

Votre fidélité est récompensée ! Bénéficiez de bonus fidélité en optique, dentaire et hospitalisation dès votre 2^{ème} ou 3^{ème} année d'adhésion.

**Des tarifs adaptés à votre profil**

Néoliane Vitalité offre des réductions adaptées selon votre composition familiale : couple (-7 %), famille (-10 %) y compris familles monoparentales, gratuité à partir du 3^{ème} enfant, et selon votre régime : TNS et exploitants agricoles (-10 %).

**Remboursement des médicaments en pharmacie bénéficiant d'une prise en charge de la Sécurité sociale**

Néoliane Vitalité prend en charge en intégralité tous les médicaments en pharmacie, y compris ceux qui sont faiblement remboursés par la Sécurité sociale.

**Prise en charge de la médecine naturelle**

Ostéopathie, homéopathie, acupuncture et bien d'autres...
 Appréciez la prise en charge de la médecine naturelle* !

**Une adhésion simple...**

...sans formalité administrative ni médicale.



Néoliane Vitalité offre des **garanties d'assistance** étendues en complément de vos garanties santé : aide à domicile, aide ménagère, présence d'un proche au chevet...

*Garanties pour toutes les formules sauf la formule Vitalité 1

Adhésion possible à partir de 18 ans sans limite d'âge

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

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE SECTEUR CONVENTIONNÉ		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Frais de séjour, y compris maternité ⁽¹⁾		100 %	125 %	150 %	200 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chirurgie et anesthésie, y compris maternité (ATM – ADC hors dentaire – ADE)					
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** : 1 ^{ère} année d'adhésion		100 %	100 %	130 %	160 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :		100 %	120 %	150 %	180 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :		100 %	140 %	170 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** : 1 ^{ère} année d'adhésion et suivantes		100 %	100 %	110 %	140 %
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽³⁾					
1 ^{ère} année d'adhésion		Néant	20 € /jour	40 € /jour	50 € /jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion		Néant	25 € /jour	45 € /jour	55 € /jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes		Néant	30 € /jour	50 € /jour	60 € /jour
Frais de transport si acceptés par le RO ⁽⁴⁾		100 %	100 %	100 %	100 %
Lit accompagnant (conjoint, ascendants, descendants) ⁽⁵⁾ après 6 mois		Néant	10 € /jour	15 € /jour	15 € /jour
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE SECTEUR NON CONVENTIONNÉ		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Frais de séjour, y compris maternité ⁽¹⁾		100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie, y compris maternité (ATM – ADC hors dentaire – ADE)		100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
 À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé ⁽⁹⁾			
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursables par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)		100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursables par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP – TO et ORT)					
1 ^{ère} année d'adhésion		100 %	125 %	150 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 2 ^e année		125 %	150 %	175 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3 ^e année		150 %	175 %	200 %	250 %
Plafond pour prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursables par le RO ⁽⁴⁾		Aucun	Aucun	400€ année 1, puis 800€ dès la 2 ^e année.	500€ année 1, puis 1000€ dès la 2 ^e année.
Dentaire non remboursable par le RO - Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie					
Par an et par bénéficiaire					
1 ^{ère} année d'adhésion		Néant	Néant	Néant	Néant
BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 2 ^{ème} année d'adhésion		Néant	50 €	100 €	150 €
OPTIQUE ⁽⁶⁾		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
 À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé ⁽⁹⁾			
Monture		100 %	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €
Verres	2 verres simples	100 %	100 % + 50 €	100 % + 80 €	100 % + 100 €
1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe		100 %	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €
2 verres complexes / très complexes		100 %	100 % + 150 €	100 % + 170 €	100 % + 200 €
BONUS FIDÉLITÉ applicable sur les verres à partir de la 3 ^e année		Néant	50 €	50 €	50 €
BONUS FIDÉLITÉ applicable sur les verres à partir de la 5 ^e année		Néant	75 €	75 €	75 €
CARTE BLANCHE		100 %	Bénéficiaire des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽¹⁰⁾		
Lentilles remboursables par le RO		100 %	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €
Lentilles non remboursables par le RO		Néant	50 €	75 €	100 €
CONSULTATIONS ET PHARMACIE		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Frais pharmaceutiques, homéopathie remboursés par le RO		100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes	médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	125 %	150 %	175 %
	médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	120 %	135 %
Auxiliaires Médicaux - Orthophonistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes		100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)		100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses - Actes de Biologie		100 %	100 %	120 %	150 %
Radiologie (ADI – ADE)	médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	120 %	150 %
	médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	100 %	100 %
MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicure ⁽⁷⁾ (prise en charge 25 € / consultation / bénéficiaire)		Néant	50 €	75 €	100 €
Actes de prévention remboursés par le RO		100 %	100 %	100 %	100 %
APPAREILLAGE		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Prothèses et Appareillages - Petit appareillage et accessoires		100 %	100 %	100 %	100 %
 À partir du 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé ⁽⁹⁾			
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage		100 %	100 %	100 %	100 %
SERVICE		Vitalité 1	Vitalité 2	Vitalité 3	Vitalité 4
Délai d'attente sur les postes remboursés par le RO		Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé		Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national - remboursements automatisés (télétransmission)		Oui	Oui	Oui	Oui
Prestations d'assistance (aide ménagère, garde des enfants, accompagnement au chevet...) ⁽⁸⁾		Oui	Oui	Oui	Oui

L'assureur des garanties santé est l'Équité. L'assureur des garanties d'assistance est IMA ASSURANCES. Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de responsabilité (tarif de convention en secteur conventionné, tarif d'autorité en secteur non conventionné) et intègrent le remboursement du régime obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels et de la formule souscrite. Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille. Réductions : 7 % pour un tarif couple, 10 % si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale), 10 % pour les TNS et exploitants agricoles, gratuite à partir du 3^{ème} enfant, Régime Alsace-Moselle : -40 % pour les formules Vitalité 1 et Vitalité 2 et -30 % pour les formules Vitalité 3 et Vitalité 4. Les montants en euros figurant dans ce tableau représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du régime obligatoire, dans la limite des frais réels. À l'exclusion du forfait optique, les forfaits sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Néoliane Vitalité s'inscrit dans le cadre des contrats dits «responsables». L'ensemble des actes de prévention prévus au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge par le présent contrat.

(1) Limite à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SRP), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité par an et par assuré.

(2) Limite à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SRP) ou la durée est limitée à 30 jours.

(3) 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 (SRP), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

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

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

(6) Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur. 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'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. Le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (0€ 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€). 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.

(7) Forfait, par an et par bénéficiaire, pris en charge sur présentation d'une facture acquittée.

(8) Se reporter aux conditions générales d'assistance 20170928-000002158 incluses aux conditions générales du produit.

(9) 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 débute 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.

(10) Retrouvez plus de précisions en page 7 de la présente notice d'information. La formule Vitalité 1 ne dispose pas de l'offre Physme (zéro reste à charge).

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

GLOSSAIRE : RO : Régime Obligatoire

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

ADC : Actes de chirurgie	ORT : Orthodontie médecin
ADA : Actes d'anesthésie	PAR : Prothèses amovibles définitives résine
ADI : Actes d'imagerie	PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
ADE : Actes d'échographie	POT : Prothèses dentaires provisoires
ATM : Actes Techniques Médicaux	PFC : Prothèses fixes céramiques
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire	PFM : Prothèses fixes métalliques
END : Actes d'endodontie	SDE : Soins dentaires
ICO : Inlay-Core	TDS : Parodontologie
INO : Actes inlay-onlay	TO : Orthodontie
IMP : Implantologie	RPN : Réparation sur prothèses



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 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⁾	<ul style="list-style-type: none">- 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 Inlay-Core Prothèses dentaires	Entièrement remboursé	<ul style="list-style-type: none">- Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircones (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	
AIDES AUDITIVES				
Prothèses auditives	Entièrement remboursé	<ul style="list-style-type: none">- 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 adaptatives, 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

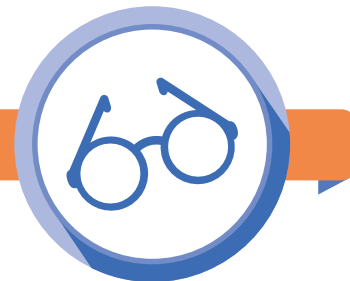
- L'offre «100% santé» sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire.
- Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200€ et le remboursement «Sécurité sociale + complémentaire» augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne.

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

NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION



Néoliane Santé & Prévoyance a créé un partenariat avec Carte Blanche afin de vous proposer un réseau de plus de 7 700 opticiens qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix pour vos lunettes afin de maîtriser votre budget optique.



VOUS PROFITEZ DES CONDITIONS DE SERVICE ET DES GARANTIES DU RÉSEAU CARTE BLANCHE :



Tarifs préférentiels pour vous

Carte Blanche et Néoliane ont négocié pour vous les meilleurs tarifs auprès des opticiens partenaires.



Grand choix de verres et de lentilles

Plus de 50 000 références de verres avec des tarifs jusqu'à 35 % inférieurs aux prix du marché.
Plus de 3 500 références de lentilles avec des tarifs inférieurs de 15 % en moyenne aux prix du marché.



Tiers payant dématérialisé

L'opticien communique en temps réel l'accord de prise en charge de Néoliane et indique l'éventuel montant restant à votre charge. Vous n'avancez ni la part du régime obligatoire ni la part remboursée par la complémentaire, vous ne payez que votre reste à charge.



Services de qualité du réseau Carte Blanche disponibles dans les 7 700 opticiens partenaires :

- Garantie casse verres et monture de 2 ans avec une franchise qui ne peut excéder 40 % du prix initialement payé
- Garantie adaptation des verres unifocaux et multifocaux de 6 mois
- Traitement antireflet garanti 2 ans
- Garantie adaptation et déchirure des lentilles de 3 mois
- Services + (disponibles uniquement chez certains opticiens) :
Accueil enfants (0-6 ans) ; Contactologie ; 2^{ème} équipement à 1 € ; Garanties casse des verres avec une franchise réduite, Garantie déchirure ou adaptation lentilles jusqu'à 6 mois



Offre « Carte Blanche - Prysme » : Zéro reste à charge*

Cette offre vous permet de vous équiper d'une monture + 2 verres de qualité (verres simples ou progressifs) sans reste à charge chez tous les opticiens partenaires Carte Blanche.

Cette offre s'applique avec un équipement composé :

- d'une « monture » fabriquée en France
- de deux verres des fabricants mondialement reconnus :



Cette offre ne s'applique pas aux cas suivants : Options sur les verres sauf le précalibrage, Cylindres > 4, changement d'un ou de deux verres sans monture, verres minéraux, verres spéciaux, doubles et triples foyers, combinaison d'un verre simple foyer avec un progressif, changement d'une monture sans verres, enfants de moins de 8 ans, Lentilles.

*Sous conditions de garantie à voir avec votre opticien.

Comment trouver un Opticien partenaire Carte Blanche et connaître ses avantages particuliers ?

- 1 **Connectez-vous à l'espace client sur le site <http://www.neoliane.fr/adherents>** avec votre identifiant et votre mot de passe. Dans la partie **Infos Pratiques**, cliquez sur « **Trouvez un professionnel de santé** ».
- 2 **Une fois sur le site Carte Blanche**, rendez-vous dans la rubrique « **Annuaire** » puis « **Professionnels de santé partenaires** ».
- 3 **Filtrez** votre recherche avec les services souhaités.
- 4 **Rendez-vous chez votre opticien** et présentez votre carte de tiers payant.



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) L'ÉQUITÉ, entreprise régie par le code des assurances – 572 084 697 RCS Paris, société appartenant au groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : NÉOLIANE VITALITÉ

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NÉOLIANE VITALITÉ 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 NÉOLIANE VITALITÉ 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 NÉOLIANE VITALITÉ 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.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Hospitalisation secteur conventionné** : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier, 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 ;

✓ **Optique acceptée ou refusée par le RO** : Monture et verres (équipement), lentilles remboursables par le RO ;

✓ **Consultation et Pharmacie** : Pharmacie, homéopathie, Médecins généralistes ou spécialistes, Auxiliaires médicaux, Actes techniques médicaux, Analyses/actes de biologie, radiologie ;

✓ **Prestations diverses** : Actes de prévention, Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation secteur conventionné : Chambre particulière, Lit accompagnant ;

Optique : Lentilles non remboursables par le RO ;

Médecine naturelle et prévention : Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicure.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ **Réseau de soins Carte Blanche** (plus de 7 700 opticiens qui garantissent le meilleur rapport qualité/prix) ;

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

✓ **Espace client**.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ✗ Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS 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

! La chambre particulière et le lit accompagnant dans les situations suivantes : hospitalisation en secteur non conventionné, psychiatrie ou neuropsychiatrie, cures de désintoxication, 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 âgées.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière et lit accompagnant** : prise en charge dans la limite de 30 jours par an et par bénéficiaire ;

! **Forfait journalier hospitalier** : prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux et les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

! **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 ;

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 la demande d'adhésion ;
- Etre adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 30 (trente) 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.

En cas de sinistre :

- 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, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



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. L'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature de la demande d'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 quel qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation doit être demandée soit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, soit par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son délégataire mentionné au contrat, dans les cas et conditions prévus au contrat.

RÉCAPITULATIF DES OFFRES CHOISIES

NOM(S) PRODUIT(S)	TARIF(S)
Neoliane Vitalite	84,33 €