

Étude réalisée le : 07/06/2019

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

Cohen Sara
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 très important et une prise en charge supérieure à 200 € est essentielle.

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

Mes besoins en consultations sont importants et je souhaite que ma complémentaire santé prenne en charge une partie des dépassements d'honoraires importants.

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 Initial Plus**

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 : Monsieur
Nom : BARUSSEAU
Prénom : FRANCK
Adresse : 6 ROUTE DE PONT CASTEL
Code Postal : 33640
Ville : ISLE ST GEORGES
Tél. :
E-mail : sara.cohen@acsassurance.com

Neoliane Initial Plus

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

70.59 € TTC /mois

pour 1 personne(s)

Complémentaire santé

Néoliane INITIAL+

Sélection de la formule	■ INITIAL+1	■ INITIAL+ 2	■ INITIAL+ 3	✗ INITIAL+ 4	■ INITIAL+ 5	■ INITIAL+ 6
Bénéficiaires	Date de naissance			Régime d'assurance maladie		
BARUSSEAUipal FRANCK	1973			SALARIE		
Conjoint						
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						
Enfant 5						

Cotisation mensuelle **70.59**

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 : EQ2000FNI_NI+_01/2019)

LES POINTS
FORTS du
PRODUIT

PRISE EN CHARGE DE LA MÉDECINE NATURELLE

Néoliane INITIAL+ vous rembourse jusqu'à 130 € par an sur vos prestations en médecines naturelles afin d'assurer votre bien-être.



PAS DE FORMALITÉ À L'ADHÉSION

L'adhésion à nos formules se fait sans délai d'attente et sans questionnaire médical pour que chacun bénéficie de garanties complètes et performantes.

AVANTAGES OPTIQUES

Bénéficiez du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix.



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.



*Sauf pour les personnes mineures ou en cas d'évolution de la vue.

HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ

	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ^{(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 %	150 %	200 %	225 %	275 %	300 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ATM — ADC hors dentaire — ADE)	100 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hors ambulatoire)	Néant	45 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	Néant	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour	95 €/jour
Lit accompagnant ⁽⁴⁾	Néant	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	Néant	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Frais de transport*	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %

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 À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE — ADA — ADC dentaire — ADI — ATM — AXI — INO — END — TDS)	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %	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 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	115 %	165 %	215 %	265 %	290 %	315 %
à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	130 %	180 %	230 %	280 %	300 %	330 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁵⁾	illimité	illimité	900 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €


OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

CARTE BLANCHE		Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁷⁾					
Monture et verres (équipement)*** :							
- Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe		100 %	125 €	175 €	200 €	250 €	300 €
- Équipement avec des verres complexes ou très complexes		100 %	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Lentilles (par an) (y compris lentilles jetables)		100 % ⁽⁸⁾	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €

CONSULTATION ET PHARMACIE

Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Forfait pharmacie non remboursée par le RO	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	100 %	105 %	130 %	175 %	200 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	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 %	100 %	100 %
Analyses — Actes de biologie	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ADI — ADE)	100 %	100 %	100 %	125 %	175 %	200 %
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ADI — ADE)	100 %	100 %	100 %	105 %	125 %	125 %
Médecines naturelles (forfait annuel) (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure)	Néant	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €	130 €

PRESTATIONS DIVERSES

Cure thermique ⁽⁹⁾	100 %	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ Forfait supplémentaire à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	20 €	40 €	40 €	80 €	120 €
Forfait supplémentaire à compter de la troisième année d'adhésion et suivantes :	40 €	40 €	60 €	60 €	100 €	140 €
 À partir du 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé						
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %

SERVICES

Tiers payant national — Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche ou chevet, garde des animaux familiers...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Aucun questionnaire médical.

-7 % pour un tarif couple ; -10 % si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale) ; -10 % pour les TNS et exploitants agricoles ; Gratuité du 3^e enfant jusqu'au 5^e inclus ; Régime Alsace-Moselle : -40 % pour les formules INITIAL+ 1 et INITIAL+ 2, -30 % pour les formules INITIAL+ 3 et INITIAL+ 4 et -20 % pour les formules INITIAL+ 5 et INITIAL+ 6.

L'Assurance des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées, 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, le forfait 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, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent 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) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, 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 âgées) puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité, par an et par assuré.

(2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) ou la durée est limitée à 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) La chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 60 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), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.

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

(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 où 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 (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 €).

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

(8) Pour la formule INITIAL+ 1, les lentilles refusées par le RO ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire.

(9) Les garanties souscrites pour le remboursement de la Cure thermique sont soumises à un délai de carence de 6 (six) mois. Elles sont acquises 6 (six) mois après la date d'effet du contrat. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

(10) 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.

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

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

***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.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

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



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⁾	<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 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
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 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**

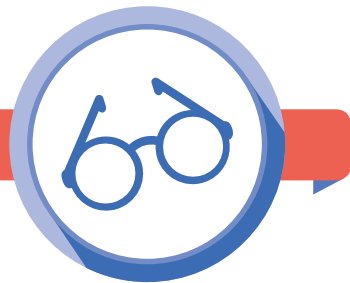
- L'offre «100% santé» sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire.
- Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200€ et le remboursement «Sécurité sociale + complémentaire» augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne.

**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

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 entre 35 à 40% inférieurs en moyenne aux prix du marché.
Plus de 3 500 références de lentilles avec des tarifs à 15% inférieurs 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

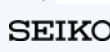


Offre « Carte Blanche - Prysme » : Zéro reste à charge*

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 (au choix sur une sélection de 36 montures) 1796
- 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

NEOLIANE SANTE & PREVOYANCE intermédiaire en assurances 510 204 274 RCS Nice, immatriculé à l'ORIAS numéro 09 050 488 (www.orias.fr) L'EQUITE, 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 : NEOLIANE INITIAL +

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 INITIAL + 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 INITIAL + 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 INITIAL + 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** ;
- ✓ **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 (y compris lentilles jetables) ;
- ✓ **Consultation et Pharmacie** : Pharmacie (dont forfait pharmacie non remboursée par le RO), Médecins généralistes ou spécialistes, Auxiliaires médicaux, Actes techniques médicaux, Imagerie Médicale, Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure) ;
- ✓ **Prestations diverses** : Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires), Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage et cure thermique.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Hospitalisation secteur conventionné : Chambre particulière, Lit accompagnant ;

Consultation et Pharmacie : Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ 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

- ! 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.
- ! 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 60 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 en 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.

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 Initial Plus	70,59 €