

Étude réalisée le : 08/04/2019

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

MOUHIB Alex
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 ne prenne pas en charge les dépassements d'honoraires ou l'intégralité des prestations de confort.

Vos besoins pour vos frais en dentaire

Mes besoins dentaires sont courants (détartrage, soins de caries, etc.) et ne nécessitent pas de prises en charge importantes sur les prothèses dentaires ou l'orthodontie.

Vos besoins pour vos dépenses en optique

L'optique n'est pas mon poste de dépense prioritaire et une prise en charge minimale me convient.

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

Mes besoins en consultations sont faibles et les médecins que je consulte pratiquent très peu de 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 Énergie+**

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 : Cardi
Prénom : Adelaide
Adresse : ROUTE DE CAPO DI FENO
Code Postal : 20000
Ville : AJACCIO
Tél. :
E-mail : corsina@me.com

Neoliane Énergie+

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

62.06 € TTC /mois
pour 1 personne(s)

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	Néoliane Énergie +				
Sélection de la formule	<input checked="" type="checkbox"/> Énergie 1	<input type="checkbox"/> Énergie 2	<input type="checkbox"/> Énergie 3	<input type="checkbox"/> Énergie 4	<input type="checkbox"/> Énergie 5
Sélection du renfort <small>Renforts applicables sur toutes les formules et cumulables</small>	<input type="checkbox"/> Renfort Confort		<input type="checkbox"/> Renfort Mieux-être		
Bénéficiaires		Date de naissance		Régime d'assurance maladie	
Cardi <small>Titulaire Principal</small> Adelaide		1964		SALARIE	
Conjoint					
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					
Enfant 5					
Cotisation mensuelle 62.06					

Les cotisations sont calculées sur les tarifs en vigueur et valables jusqu'au 31/12/2018. 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 : 00NICEN1212_01/2018)

LES POINTS FORTS D'ÉNERGIE +



UNE PRISE EN CHARGE DE VOS SOINS HOSPITALIERS ADAPTÉE

- Jusqu'à 300%* des honoraires déclarés à la sécurité sociale dans le cadre de l'OPTAM – OPTAM-CO** (200% hors OPTAM)
- Forfait journalier pour la chambre particulière (de 40 € à 70 €)



UNE COUVERTURE COMPLÈTE POUR LES SOINS DE SANTÉ COURANTS

- Prise en charge des médicaments à service médical rendu faible (ex. vignettes oranges)
- Prise en charge jusqu'à 200% des consultations de médecins spécialistes adhérent à l'OPTAM et l'OPTAM-CO**

* En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique



UN PRODUIT MODULABLE GRÂCE AUX RENFORTS

- Renforts « Confort » et « Mieux-être » permettant de compléter l'offre standard
- Renforts cumulables, avec un tarif unique peu importe l'âge de l'adhérent



PAS DE FORMALITÉS D'ADHÉSION

- Pas de délai d'attente ni de formalités médicales



Souscription possible jusqu'à 75 ans inclus à l'adhésion - Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (R.O).

HOSPITALISATION (1)

	Énergie 1	Énergie2	Énergie3	Énergie4	Énergie5
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires déclarés à la Sécurité sociale (2) dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	130% BR	170 % BR	250% BR	300 % BR
Honoraires déclarés à la Sécurité sociale (2) hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100% BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Forfait journalier hospitalier (3)	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité
Chambre particulière (4) - par jour	-	40 €	50 €	60 €	70 €

SOINS DE VILLE

	Énergie1	Énergie2	Énergie3	Énergie4	Énergie5
Consultations / visites de généralistes dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Consultations / visites de généralistes hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Consultations / visites de spécialistes dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	175 % BR	200 % BR
Consultations / visites de spécialistes hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	155 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat) dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat) hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Auxiliaires médicaux remboursés par le R.O (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Imagerie médicale dans le cadre d'OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Imagerie médicale hors OPTAM - OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Analyses - Actes de biologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport remboursés par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

PHARMACIE

	Énergie1	Énergie2	Énergie3	Énergie4	Énergie5
Pharmacie remboursée à 65% par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 % par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15% par le R.O	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

OPTIQUE

À PARTIR DU 1ER JANVIER 2020 - RÉFORME 100% SANTÉ

	Énergie1	Énergie2	Énergie3	Énergie4	Énergie5
Monture et verres (équipement) (5) :	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé ⁽¹⁰⁾				
Équipement 2 verres simples	60 % BR + 52 €	60 % BR + 52 €	60 % BR + 100 € (90€ enfants)	60 % BR + 100 € (90€ enfants)	60 % BR + 100 € (90€ enfants)
Équipement 1 verre simple et 1 verre complexe	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €
Équipement 1 verre simple et 1 verre très complexe	60 % BR + 126 €	60 % BR + 126 €	60 % BR + 146 €	60 % BR + 146 €	60 % BR + 146 €
Équipement 2 verres complexes	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €
Équipement 2 verres très complexes	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 240 €	60 % BR + 240 €	60 % BR + 240 €
Équipement 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60 % BR + 200 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 220 €	60 % BR + 220 €	60 % BR + 220 €
Limitation monture	60% BR + 40€	60% BR + 40€	60% BR + 40€	60% BR + 40€	60% BR + 40€
Lentilles prescrites, remboursées ou non remboursées par le R.O (6)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

DENTAIRE

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

	Énergie1	Énergie2	Énergie3	Énergie4	Énergie5
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie remboursée par le R.O sur la base d'un TO 90 (7) - par semestre de traitement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèse dentaire, remboursée par le R.O, sur la base d'une prothèse de type couronne (7)	100 % BR	130% BR	170% BR	200% BR	250% BR
Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursés, sur la base d'une prothèse de type couronne (7)	-	25 €	25 €	50 €	50 €
Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontie) par an et par bénéficiaire, année 1 et 2	-	300 €	400 €	500 €	600 €
BONUS FIDÉLITÉ Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontie) par an et par bénéficiaire, année 3 et suivantes	-	500 €	600 €	700 €	800 €

PROTHÈSES

À partir du 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé

	Énergie1	Énergie2	Énergie3	Énergie4	Énergie5
Appareillage et prothèses médicales, hors appareil auditifs	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Appareil auditif remboursé par le R.O - par oreille	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	170 % BR

PRÉVENTION

Prestations jugées prioritaires par rapport aux objectifs de santé publique (8)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------	----------	----------

RENFORT CONFORT

Hospitalisation - Lit accompagnant	15 € / jour
Médecines additionnelles (9)	25 € / séance / max 3 séances / an
Lentilles	Forfait 60 € / an
Chirurgie réfractive ou implants multifocaux	Forfait 200 € / an
Dentaire non remboursé par le RO	Forfait supplémentaire 100 € / an
Orthodontie remboursée par le RO	Forfait supplémentaire 200 € / semestre
Prévention (vaccins, sevrage tabagique)	Forfait 30 € / an

RENFORT MIEUX-ÊTRE

Forfait prothèses auditives	300 € / an
Forfait handicap (Appareil auditif, fauteuil roulant, autres prothèses)	300 € / an
Forfait cure thermique	200 € / an
Renfort optique	Forfait 50 €

Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective. TM = Ticket Modérateur. R.O = Régime Obligatoire (Sécurité sociale)

Les informations présentes dans les renvois sont extraites des Conditions générales, elles ne sauraient s'y substituer.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la Sécurité sociale incluse, par bénéficiaire, lorsque Néoliane intervient.

(1) En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.
(2) En établissement non conventionné la prise charge est limitée au TM.
(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, etc...)
(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie.
(5) La fréquence de remboursement pour un équipement (1 monture + 2 verres) est tous les 2 ans chez l'adulte (18 ans et plus) et tous les ans chez l'enfant (moins de 18 ans). 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 (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€). 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.
(6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
(7) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont

remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
(8) Prestations de prévention du contrat responsable prévues à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.
(9) Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, aptitude à la pratique d'un sport, étiopathe, mésothérapeute et pédicure/podologue.
(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 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.

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⁾	<ul style="list-style-type: none">- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ (classe A). Chaque opticien aura un 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 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 de presse du gouvernement du 13 juin 2018

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

		ÉNERGIE 1		ÉNERGIE 2		ÉNERGIE 3		ÉNERGIE 4	
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	40€	24 €	16 €	24 €	16 €	24 €	16 €	Remboursement intégral	
Achat d'une paire de lunette (verres blanc multifocal, sphère de -8,00 à +8,00), tous les deux ans	350€	247,9 €	102,1 €	247,9 €	102,1 €	247,9 €	102,1 €	287,9 €	62,1 €
Dévitalisation d'une prémolaire	48,20€	Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral		Remboursement intégral	
Pose d'un inlay-core à clavette	320 €	144 €	176 €	187,3 €	132,7 €	244,9 €	75,1 €	288,1 €	31,9 €

Votre remboursement (Régime Obligatoire + Néoliane ÉNERGIE +)

Votre reste à charge

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurances : QUATREM, Entreprise régie par le Code des assurances, 21 rue Laffitte 75009 Paris – 412 367 724 RCS Paris – Société du groupe Malakoff Médéric.

Produit : NEOLIANE ENERGIE +

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 ENERGIE + 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 ENERGIE + 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 ENERGIE + 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier, Honoraires., Actes techniques (participation forfaitaire) ;
- ✓ **Soins de ville** : Médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Auxiliaires médicaux remboursés par le RO, Imagerie médicale, Analyses/actes de biologie, Frais de transport remboursés par le RO;
- ✓ **Pharmacie** : remboursée à 65%, 30% et 15%
- ✓ **Optique** : Monture et verres (équipement), lentilles prescrites ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, orthodontie remboursée par le RO, prothèses dentaires, ;
- ✓ **Prothèses** : Appareillage et prothèse médicales

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Hospitalisation: chambre particulière

Dentaire : supplément sur dents visibles pour les prothèses remboursés.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **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'immobilisation, d'hospitalisation, 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 ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ✗ Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques.

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 : hors établissements non conventionnés. Prise en charge limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie.
- ! Forfait journalier hospitalier : hors établissements médico sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée...)
- ! 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 500 et 800 euros sur les formules les plus élevées.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pris en charge qu'en cas d'urgence au cours d'une villégiature (quel que soit le pays).



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 ;
- Etre âgé à la date de la signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 75 ans maximum ;
- Relever du régime Obligatoire français ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Payer la cotisation.

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.



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 et Annuel).



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 ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- En envoyant une demande (par courrier ou par mail) un an après la date d'effet des garanties puis au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de deux mois ;
- 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 Énergie+	62,06 €