

Néoliane
PLÉNITUDE

L'Équité



DEMANDE
D'ADHÉSION

Complémentaire Santé
et Prévoyance



LES POINTS FORTS DU PRODUIT



**ADHÉSION À PARTIR DE 18 ANS
ET SANS LIMITE D'ÂGE !**



**DE NOMBREUX BONUS
RÉCOMPENSANT VOTRE
FIDÉLITÉ !**

DE NOMBREUX AVANTAGES FIDÉLITÉ

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

DES TARIFS ADAPTÉS À VOTRE PROFIL

Néoliane Plénitude offre des réductions adaptées selon votre composition familiale : couple (-10%), famille (-10 %) y compris familles monoparentales et selon votre régime : Alsace Moselle (jusqu'à -40% selon les formules).

FORFAIT MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Une vingtaine de praticiens pris en charge : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, diététicien, chiropracteur, pédicure/podologue, sophrologue, etc.

UNE ADHÉSION SIMPLE...

...sans formalité administrative ni médicale.

DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES INCLUS

- IMA Assistance
- MedecinDirect et Deuxièmeavis.fr

Adhésion possible à partir de 18 ans et 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). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par Assuré.

HOSPITALISATION

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	115 %	140 %	165 %	215 %	265 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	115 %	140 %	190 %	200 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	120 %	130 %	155 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière (illimité, hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	-	30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	75 €/jour	90 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	-	40 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	85 €/jour	100 €/jour
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour
Forfait confort extra hospitalier ⁽²⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
SOINS						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %
PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	165 %	215 %	265 %	290 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	180 %	230 %	280 %	305 %	330 %
Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursées par le RO ⁽⁶⁾	-	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁷⁾	Illimité	Illimité	Illimité	1 500 €	1 800 €	2 000 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁸⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**						
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Monture et verres (Équipements de la Classe B - Panier Libre)*** :						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	125 €	175 €	225 €	275 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	225 €	275 €	325 €	400 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	250 €	275 €	325 €	375 €	450 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	300 €	325 €	375 €	425 €	500 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles refusées par le RO	-	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire ⁽⁹⁾	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

SOINS COURANTS		P1	P2	P3	P4	P5	P6
MÉDICAMENTS		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits et non pris en charge par le RO (par année d'adhésion et par Assuré)		-	15 €	15 €	20 €	20 €	30 €
HONORAIRES MÉDICAUX							
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾		100 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾		100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
<u>Actes d'imagerie et actes d'échographie :</u>							
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
MATÉRIEL MÉDICAL							
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapie, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)		30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3 ^e année d'adhésion	50 €	80 €	90 €	130 €	140 €	180 €
	À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	60 €	90 €	100 €	140 €	150 €	190 €
Cure thermique ⁽¹¹⁾		100 %	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 % + 100 €	125 % + 100 €	125 % + 200 €	150 % + 200 €	200 % + 250 €
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

LES + PRÉVENTION ⁽¹³⁾

Ostéodensitométrie, détartrage annuel, actes de dépistage, vaccins

Frais réels dans la limite de 2 actes / an

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), tous les forfaits sont valables par année d'adhésion, soit sur une période de douze (12) mois glissants à compter de la prise d'effet de l'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. 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) 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) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Illimité 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 et soins de suite et de réadaptation (SSR) (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par Assuré.
- (3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.
- (4) 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.
- (5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
- (6) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
- (7) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (8) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, 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 100% Santé 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 équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
- (9) Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire.
- (10) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (11) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.
- (12) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (13) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

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

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1^{er} janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -6 ou +6, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.

Adhésion possible à partir de 18 ans et 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). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par Assuré.

HOSPITALISATION

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	120 %	140 %	165 %	215 %	265 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	180 %	230 %	280 %	330 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	115 %	140 %	190 %	200 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	110 %	130 %	155 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière (illimité, hors chambre ambulatoire) ⁽²⁾	-	30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	75 €/jour	90 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	-	40 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	85 €/jour	100 €/jour
Frais accompagnant (lit et frais de repas par jour) ⁽³⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour
Forfait confort extra hospitalier ⁽²⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour
Frais de transport ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
SOINS						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁵⁾	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	140 %	165 %	190 %	215 %	265 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	155 %	180 %	205 %	230 %	280 %
PROTHÈSES AUTRES QUE 100% SANTÉ - (PANIER À HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES)						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	115 %	165 %	215 %	265 %	290 %	315 %
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	180 %	230 %	280 %	305 %	330 %
Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses non remboursées par le RO ⁽⁶⁾	-	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁷⁾	Illimité	Illimité	Illimité	1 500 €	1 800 €	2 000 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁸⁾

Depuis le 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**						
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**						
Monture et verres (Équipements de la Classe B - Panier Libre)*** :						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	125 €	125 €	175 €	225 €	275 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	225 €	275 €	325 €	400 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 3 ^e année d'adhésion	-	250 €	275 €	325 €	375 €	450 €
BONUS FIDÉLITÉ À compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	-	300 €	325 €	375 €	425 €	500 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles refusées par le RO	-	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire ⁽⁹⁾	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

SOINS COURANTS

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6
MÉDICAMENTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits et non pris en charge par le RO (par année civile d'adhésion et par Assuré)	-	15 €	15 €	20 €	20 €	30 €
HONORAIRES MÉDICAUX						
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	100 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* ⁽¹⁰⁾	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %
Actes d'imagerie et actes d'échographie :						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait médecines complémentaires : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, pédicure/podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. (par année civile d'adhésion et par Assuré - limité à 30 € / acte)	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 3^e année d'adhésion					
	50 €	80 €	90 €	130 €	140 €	180 €
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 4^e année d'adhésion et suivantes					
	60 €	90 €	100 €	140 €	150 €	190 €
Cure thermique ⁽¹¹⁾	100 %	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €

 AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾	Depuis le 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé					
Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 % + 100 €	125 % + 100 €	125 % + 200 €	150 % + 200 €	200 % + 250 €
Accessoires et fournitures	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

LES + PRÉVENTION ⁽¹³⁾

Ostéodensitométrie, détartrage annuel, actes de dépistage, vaccins

Frais réels dans la limite de 2 actes / an

SERVICES

Tiers payant national Viamedis – Remboursements automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet du contrat santé

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euros (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019). Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie 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) 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) des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- (2) Illimité. Hors chambre ambulatoire. 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% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par Assuré.
- (3) Les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.
- (4) 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.
- (5) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.
- (6) Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
- (7) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- (8) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Conformément à la réforme 100% Santé, 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 100% Santé 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 équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.
- (9) Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire.
- (10) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par Assuré hors parcours de soins coordonnés.
- (11) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.
- (12) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par Assuré et par période de quatre ans.
- (13) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

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

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% Santé sur la page suivante. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Les paniers 100% Santé sont disponibles depuis le 1^{er} janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4.

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.

Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -6 ou +6, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.



Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021

**ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
OPTIQUE ⁽¹⁾**



**ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
DENTAIRE ⁽²⁾**



**ZÉRO RESTE À CHARGE SUR
L'ENSEMBLE DU PANIER
AIDES AUDITIVES ⁽³⁾**



ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES

OU

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES



2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles
- Métalliques sur toutes les dents

Prothèses amovibles à base de résine



3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :

Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :

système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération



Exemplaire à conserver par l'adhérent 1/2

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

⚠ Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

ADHÉRENTS (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT
Adhérent principal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville de naissance : Code Postal : Pays de naissance :
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° de téléphone : Adresse : Code Postal : Ville :
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Date d'effet souhaitée :

⚠ Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

☐ Néoliane PLÉNITUDE (complémentaire santé)

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

☐ PLÉNITUDE 1 ☐ PLÉNITUDE 2 ☐ PLÉNITUDE 3 ☐ PLÉNITUDE 4 ☐ PLÉNITUDE 5 ☐ PLÉNITUDE 6

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal					
<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom de l'adhérent ou du conjoint							Sous-total
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							Réduction (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Couple 10% <input type="checkbox"/> Famille** 10%
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)***							2,50 €
Cotisation mensuelle							
Frais de dossier (prélèvement unique)							20 €

☐ IJH ACCIDENT

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*)
Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

☐ IJH ACCIDENT (Suite)

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par l'adhérent **2/2**

<div><input type="checkbox"/></div> <div><div>CAPITAL DÉCÈS/ PTIA*</div><div>CAPITAL PAR ACCIDENT</div><div>Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus</div></div>	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<div><input type="checkbox"/> Adhérent principal</div>	<div><input type="checkbox"/> 3,36 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 4,20 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,04 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,88 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 6,72 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 7,56 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 9,24 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,92 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 12,60 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 13,44 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 14,28 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,96 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 17,64 €</div>
<div><input type="checkbox"/> Conjoint</div>	<div><input type="checkbox"/> 3,36 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 4,20 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,04 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,88 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 6,72 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 7,56 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 9,24 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,92 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 12,60 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 13,44 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 14,28 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,96 €</div>	<div><input type="checkbox"/> 17,64 €</div>
Cotisation mensuelle													

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, nom de naissance, tous les prénoms, dates et lieu de naissance, adresse complète et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation : le bénéficiaire en cas de décès est le le conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input type="checkbox"/> NÉOLIANE PLÉNITUDE (complémentaire santé)	
2	<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
3	<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie		
Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***		2.50 €
COTISATION TOTALE MENSUELLE		
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée		20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : Je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes Ayants droit présents sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la Notice valant conditions générales référencée : E0C1075A_NL_07/2023 des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 27 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Décès, la Notice valant conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon contrat dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Si mon Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé me donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix: **La protection des données personnelles** : Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'ÉQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Déléguataire : souscription des contrats; résiliation des anciens contrats; gestion de la vie du contrat; encaissement et recouvrement des primes; gestion et règlement des sinistres; gestion des réclamations dites de niveau 1; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation le cas échéant, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale. Dans les conditions prévues par la réglementation : Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Équité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 22 de la Notice d'information. Pour PREPAR-IARD, assureur du contrat Néoliane Prévenir Hospi et Prévenir Décès, vous pouvez vous reporter à l'article 18 Protection des données personnelles des Notices d'information référencées 2/032 et 1/066. En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex. Il est porté à la connaissance de l'Adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. En signant la présente demande d'adhésion, l'Adhérent reconnaît explicitement qu'il ne pourra exiger l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

*** 0,19€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,27€/mois de frais de courtage

FAIT À **LE**

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE IJH ACCIDENT

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Néoliane Santé**, gestionnaire de votre contrat à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Néoliane Santé**.

IMPORTANT :

Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

Identification du payeur

Nom / prénoms	Adresse	
Code postal	Ville	Pays
Coordonnées du compte à débiter :		
IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)		
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)		
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ✓		
Fait à le signature		

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms	Adresse
Code postal	Ville
	Pays

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C
06200 Nice
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR24ZZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)
La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Exemplaire à conserver par le conseiller 1/2

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

⚠ Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

ADHÉRENTS (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT
Adhérent principal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville de naissance : Code Postal : Pays de naissance :
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° de téléphone : Adresse : Code Postal : Ville :
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

⚠ Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

Date d'effet souhaitée :

☐ Néoliane PLÉNITUDE (complémentaire santé)

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

☐ PLÉNITUDE 1 ☐ PLÉNITUDE 2 ☐ PLÉNITUDE 3 ☐ PLÉNITUDE 4 ☐ PLÉNITUDE 5 ☐ PLÉNITUDE 6

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal					
<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom de l'adhérent ou du conjoint							Sous-total
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							Réduction (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Couple 10% <input type="checkbox"/> Famille** 10%
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)***							2,50 €
Cotisation mensuelle							
Frais de dossier (prélèvement unique)							20 €

☐ IJH ACCIDENT

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*)
Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

☐ IJH ACCIDENT (Suite)

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par le conseiller 2/2

☐ CAPITAL DÉCÈS/ PTIA*
CAPITAL PAR ACCIDENT
Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus

	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
Cotisation mensuelle													

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, nom de naissance, tous les prénoms, dates et lieu de naissance, adresse complète et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation : le bénéficiaire en cas de décès est le le conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

1	<input type="checkbox"/> NÉOLIANE PLÉNITUDE (complémentaire santé)	
2	<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
3	<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT	
* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie		
Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***		2.50 €
COTISATION TOTALE MENSUELLE		
Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée		20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : Je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes Ayants droit présents sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la Notice valant conditions générales référencée : E0C1075A_NL_07/2023 des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 27 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Décès, la Notice valant conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon contrat dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Si mon Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé me donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix: **La protection des données personnelles.** Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'ÉQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Déléguataire : souscription des contrats; résiliation des anciens contrats; gestion de la vie du contrat; encaissement et recouvrement des primes; gestion et règlement des sinistres; gestion des réclamations dites de niveau 1; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation le cas échéant, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuariales. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale. Dans les conditions prévues par la réglementation : Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et la cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Équité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 22 de la Notice d'information. Pour PREPAR-IARD, assureur du contrat Néoliane Prévenir Hôpital et Prévenir Décès, vous pouvez vous reporter à l'article 18 Protection des données personnelles des Notices d'information référencées 2/032 et 1/066. En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex. Il est porté à la connaissance de l'Adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. En signant la présente demande d'adhésion, l'Adhérent reconnaît explicitement qu'il ne pourra exiger l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

*** 0,19€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,27€/mois de frais de courtage

FAIT À **LE**

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE IJH ACCIDENT
---	-----------------------------------	---

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Néoliane Santé**, gestionnaire de votre contrat à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Néoliane Santé**.

IMPORTANT :

Merci de vous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

Identification du payeur

Nom / prénoms	Adresse	Pays
Code postal	Ville	
Coordonnées du compte à débiter :		
IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)		
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)		
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>		
Fait à le signature		

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms	Adresse	Pays
Code postal	Ville	

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C
06200 Nice
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR24ZZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)
La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apuration de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Code courtier distributeur :

Nom du conseiller :

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant

⚠ Tous les champs de ce bulletin sont obligatoires.

ADHÉRENTS (si plus de 5 enfants à assurer, remplir un second formulaire d'adhésion)

NOM	PRÉNOM	NÉ(E) LE	SEXE	LIEU DE NAISSANCE DE L'ADHÉRENT
Adhérent principal			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ville de naissance : Code Postal : Pays de naissance :
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Date d'effet souhaitée :

⚠ Sous réserve de l'acceptation de cette date par votre assureur actuel et du paiement de la première cotisation. La date d'effet de votre adhésion figurera dans le certificat d'adhésion. Si vous résiliez votre contrat actuel au titre de votre droit à résiliation infra annuelle, nous sommes dans l'obligation de vous assurer une permanence de couverture sans cumul de couverture avec votre contrat d'assurance actuel. Aussi, la date d'effet de votre nouveau contrat est susceptible de varier, sans modification de tarif. Le cas échéant, vous en serez préalablement informé. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, la date d'effet est fixée au plus tôt au sixième jour suivant la date de réception par Néoliane Santé de la demande d'adhésion signée.

☐ Néoliane PLÉNITUDE (complémentaire santé)

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

☐ PLÉNITUDE 1 ☐ PLÉNITUDE 2 ☐ PLÉNITUDE 3 ☐ PLÉNITUDE 4 ☐ PLÉNITUDE 5 ☐ PLÉNITUDE 6

Bénéficiaires	N° de Sécurité Sociale	Organisme d'affiliation	Régime (Ayant droit)				Cotisation
			Régime*	Principal (1)	Conjoint (2)	Affilié (3)	
<input type="checkbox"/> Principal					
<input type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfant 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) Adhérent principal (2) Conjoint (3) Affilié au nom de l'adhérent ou du conjoint							Sous-total
* Indiquer le régime obligatoire : SS (sécurité sociale), TNS (indépendant), Agricole (Exploitant Agricole), Alsace Moselle ** Si au moins 1 enfant, y compris famille monoparentale							Réduction (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Couple 10% <input type="checkbox"/> Famille** 10%
Frais d'association, d'assistance et de courtage (par mois)***							2,50 €
Cotisation mensuelle							
Frais de dossier (prélèvement unique)							20 €

☐ IJH ACCIDENT

(Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident*)
Adhésion possible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	15€ /jour	20€ /jour	25€ /jour	40€ /jour	50€ /jour	60€ /jour	70€ /jour	75€ /jour	80€ /jour	90€ /jour	100€ /jour
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

☐ IJH ACCIDENT (Suite)

Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Conjoint	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
Enfants uniquement si souscription par l'adhérent principal ou le conjoint											
<input type="checkbox"/> Enfant 1	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 2	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 3	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 4	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
<input type="checkbox"/> Enfant 5	110€ /jour	120€ /jour	125€ /jour	130€ /jour	140€ /jour	150€ /jour	160€ /jour	175€ /jour	180€ /jour	190€ /jour	200€ /jour
• Choisissez les personnes protégées (exemple : Adhérent principal + enfant 1) • Cochez la case correspondante à l'indemnité choisie (exemple : 40 € /jour)											Cotisation mensuelle

DEMANDE D'ADHÉSION

Exemplaire à conserver par Néoliane Santé 2/2

<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS/ PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT <i>Adhésion possible de 18 à 64 ans inclus</i>	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	75 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
Bénéficiaires	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation	Cotisation
<input type="checkbox"/> Adhérent principal	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 3,36 €	<input type="checkbox"/> 4,20 €	<input type="checkbox"/> 5,04 €	<input type="checkbox"/> 5,88 €	<input type="checkbox"/> 6,72 €	<input type="checkbox"/> 7,56 €	<input type="checkbox"/> 9,24 €	<input type="checkbox"/> 10,92 €	<input type="checkbox"/> 12,60 €	<input type="checkbox"/> 13,44 €	<input type="checkbox"/> 14,28 €	<input type="checkbox"/> 15,96 €	<input type="checkbox"/> 17,64 €
Cotisation mensuelle													

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, nom de naissance, tous les prénoms, dates et lieu de naissance, adresse complète et quote-part éventuelle. À défaut d'une telle désignation : le bénéficiaire en cas de décès est le le conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps judiciairement, à défaut les enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'Assuré.

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

	<input type="checkbox"/> NÉOLIANE PLÉNITUDE (complémentaire santé)	
2	<input type="checkbox"/> INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION (suite à un accident uniquement)	
3	<input type="checkbox"/> CAPITAL DÉCÈS / PTIA* CAPITAL PAR ACCIDENT	
	* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	
	Frais d'assistance, d'association et de courtage (par mois)***	2.50 €
	COTISATION TOTALE MENSUELLE	
	Frais de dossier (prélèvement unique) - offert si une prévoyance cochée	20 €

MODE ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT	DATE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Par prélèvement	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle		

Pour chacune de mes adhésions spécifiées sur la présente demande d'adhésion, je certifie les points suivants : Je demande mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) à laquelle j'adhère, pour moi-même et mes Ayants droit présents sur la présente demande d'adhésion. Je déclare avoir reçu sur support durable et pris connaissance de la Notice valant conditions générales référencée : E0C1075A_NL_07/2023 des informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de l'Assureur mentionnés dans l'article 27 de cette Notice, de l'IPID, ainsi que des statuts de l'association GPST. Pour les garanties du contrat Prévoyance nommé Néoliane Prévenir Décès, la Notice valant conditions générales référencée 1/066 et les statuts de l'association GPST. Je certifie conserver un exemplaire des Notices valant conditions générales pour chacune des garanties souscrites. J'atteste être informé(e) de mon droit mentionné à l'article L.112-2-1 II du Code des assurances, de renoncer à mon contrat dans les conditions et dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales. Si mon Assurance Maladie Obligatoire est celle des Travailleurs Non-Salariés non agricoles, l'adhésion au contrat santé me donne droit aux avantages fiscaux accordés en vertu de la Loi Madelin (Loi n° 94-126 du 11/02/1994). Je déclare exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document. J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restants à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix: **La protection des données personnelles.** Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'ÉQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est Néoliane Santé, en tant que Déléguataire : souscription des contrats; résiliation des anciens contrats; gestion de la vie du contrat; encaissement et recouvrement des primes; gestion et règlement des sinistres; gestion des réclamations dites de niveau 1; archivages des pièces de gestion et documents comptables. Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription et de résiliation et de la mise à jour, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuariales. Ces traitements ont comme base juridique le consentement, l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles. Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales. Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime. Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale. Dans les conditions prévues par la réglementation : Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et la cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires. Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande à l'adresse suivante : Néoliane Santé : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE ; adresse email : dpo@neoliane.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, notamment par l'Équité en qualité d'Assureur, nous vous invitons à consulter l'article 22 de la Notice d'information. Pour PREPAR-IARD, assureur du contrat Néoliane Prévenir Hôpital et Prévenir Décès, vous pouvez vous reporter à l'article 18 Protection des données personnelles des Notices d'information référencées 2/032 et 1/066. En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement. Opposition au démarchage téléphonique : les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex. Il est porté à la connaissance de l'Adhérent que le présent contrat est fourni de manière exclusivement électronique. En signant la présente demande d'adhésion, l'Adhérent reconnaît explicitement qu'il ne pourra exiger l'usage du papier au cours de l'exécution contractuelle.

*** 0,19€/mois de cotisation assistance, 0,05€/mois de cotisation pour l'association et 2,27€/mois de frais de courtage

FAIT À **LE**

(Préciser l'adresse du lieu de conclusion de l'adhésion)

CACHET ET VISA DU COURTIER DISTRIBUTEUR	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL	SIGNATURE DU CONJOINT SI CE DERNIER EST ASSURÉ AU TITRE DE LA GARANTIE IJH ACCIDENT

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Néoliane Santé, gestionnaire de votre contrat à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Néoliane Santé.

IMPORTANT :

Merci de vous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

Identification du payeur

Nom / prénoms

Code postal

Coordonnées du compte à débiter :

IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)

Adresse

Pays

Fait à le signature

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms

Code postal

Adresse

Pays

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ

143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C

06200 Nice

Identification Créancier SEPA (ICS) :

FR24ZZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)

La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier

Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apurement de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2022.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).



HOSPITALISATION

P1	P2	P3	P4	P5	P6
----	----	----	----	----	----

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)	Dépense	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	30 €	50 €	60 €	75 €	90 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée					

Séjours avec actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.

FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ	Dépense	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €	745,54 €
	Remboursement du RO	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €	721,54 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 745,54€

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	54,34 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	28,96 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ : honoraires chirurgien	Dépense	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €	447 €
	Remboursement du RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	40,76 €	108,68 €	175,30 €	175,30 €	175,30 €
	RESTE À CHARGE	175,30 €	134,54 €	66,62 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 271,70€ (dont 24€ de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

Séjours sans actes lourds
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.

FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC :	Dépense	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €	3 270,12 €
	Remboursement du RO	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €	2 616,10 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €	654,02 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 3 270,12€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

DENTAIRE

		P1	P2	P3	P4	P5	P6
		Soins et prothèses 100% santé					
POSE D'UNE COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires	Dépense	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursement du RO	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120€

		Soins (hors 100% santé)					
DÉTARTRAGE	Dépense	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €	43,38 €
	Remboursement du RO	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €	30,37 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €	13,01 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38€

		Prothèses (hors 100% santé)					
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE DEUXIÈMES PRÉ-MOLAIRES	Dépense	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €	537,48 €
	Remboursement du RO	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	32,25 €	86,00 €	139,75 €	193,50 €	220,38 €	247,25 €
	RESTE À CHARGE	429,98 €	376,23 €	322,48 €	268,73 €	241,85 €	214,98 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 107,50€

		Orthodontie (moins de 16 ans)					
TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 max.)	Dépense	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €	720 €
	Remboursement du RO	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0,00 €	48,38 €	96,75 €	145,13 €	193,50 €	290,25 €
	RESTE À CHARGE	526,50 €	478,12 €	429,75 €	381,37 €	333,00 €	236,25 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50€

OPTIQUE

		P1	P2	P3	P4	P5	P6
		Équipements 100% santé					
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)	41 € ^(*) + 30 € ^(*)
	Remboursement du RO	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €	20,70 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €	91,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 12,75 € par verre + 9 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)	90 € ^(*) + 30 € ^(*)
	Remboursement du RO	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €	37,80 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €	172,20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 27 € par verre + 9 €

		Équipements (hors 100% santé)					
VERRES SIMPLES ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)	100 € ^(*) + 139 € ^(*)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0,06 €	124,91 €	124,91 €	174,91 €	224,91 €	274,91 €
	RESTE À CHARGE	338,85 €	214 €	214 €	164 €	114 €	64 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE (*) PAR VERRE (*) MONTURE	Dépense	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)	231 € ^(*) + 139 € ^(*)
	Remboursement du RO	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0,06 €	199,91 €	224,91 €	274,91 €	324,91 €	399,91 €
	RESTE À CHARGE	600,85 €	401 €	376 €	326 €	276 €	201 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 0,05 € par verre + 0,05 €

		Lentilles					
FORFAIT ANNUEL Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée					

		Chirurgie réfractive					
OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE	Dépense	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Remboursement du RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	0 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	RESTE À CHARGE	Selon dépense engagée					

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

AIDES AUDITIVES

		P1	P2	P3	P4	P5	P6
		Équipements 100% santé					
PAR OREILLE (100% SANTÉ) pour un patient de plus de 20 ans	Dépense	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	 100% SANTÉ RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 400€ par oreille pour un patient de plus de 20 ans.

		Équipements (hors 100% santé)					
PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) pour un patient de plus de 20 ans	Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	Remboursement du RO	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	160 €	260 €	360 €	460 €	560 €	810 €
	RESTE À CHARGE	1 076 €	976 €	876 €	776 €	676 €	426 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 400€ par oreille pour un patient de plus de 20 ans.

SOINS COURANTS

		P1	P2	P3	P4	P5	P6
		Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE pour un patient de plus de 18 ans	Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement du RO	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 25€

CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de moins de 6 ans	Dépense	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €	32 €
	Remboursement du RO	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €	22,40 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 32€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement du RO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	9 €	16,50 €	23 €	23 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	15 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €	1 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 30€

		Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
CONSULTATION PÉDIATRE pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Remboursement du RO	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €	16,10 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	6,90 €	6,90 €	12,65 €	12,65 €	18,40 €	18,40 €
	RESTE À CHARGE	32 €	32 €	26,25 €	26,25 €	20,50 €	20,50 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €	57 €
	Remboursement du RO	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	6,90 €	6,90 €	12,65 €	12,65 €	18,40 €	18,40 €
	RESTE À CHARGE	35 €	35 €	29,25 €	29,25 €	23,50 €	23,50 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 23€

		Matériel médical					
ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES	Dépense	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €	25,80 €
	Remboursement du RO	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €	14,64 €
	Remboursement Néoliane Plénitude	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €	9,76 €
	RESTE À CHARGE	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €	1,40 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 24,40€

IJH : Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation par accident

Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence.
Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

À partir de 2,48€ par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 200€/jour
- Durée maximum de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 82 ans inclus
- Possibilité d'assurer vos enfants



	Allocation	Cotisation mensuelle par Assuré ⁽¹⁾
IJ 15	15€ /jour	2,48 €
IJ 20	20€ /jour	2,91€
IJ 25	25€ /jour	3,34€
IJ 40	40€ /jour	4,63€
IJ 50	50€ /jour	5,50€
IJ 60	60€ /jour	6,36€
IJ 70	70€ /jour	7,22€
IJ 75	75€ /jour	7,66€
IJ 80	80€ /jour	8,09€
IJ 90	90€ /jour	8,95€
IJ 100	100€ /jour	9,81€
IJ 110	110€ /jour	10,68€
IJ 120	120€ /jour	11,54€
IJ 125	125€ /jour	11,97€
IJ 130	130€ /jour	12,40€
IJ 140	140€ /jour	13,27€
IJ 150	150€ /jour	14,13€
IJ 160	160€ /jour	14,99€
IJ 175	175€ /jour	16,29€
IJ 180	180€ /jour	16,72€
IJ 190	190€ /jour	17,58€
IJ 200	200€ /jour	18,45€

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2023

Caractéristiques de l'offre IJH :

- ☒ Aucune formalité médicale
- ☒ Franchise de 24 heures
- ☒ Allocation totalement exonérée d'impôts
- ☒ Formule cumulable à tout type de garantie
- ☒ Offre accessible jusqu'à 80 ans inclus à l'adhésion



ANNULATION DE VOTRE ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE

En application du Code de la consommation, articles L.121-23 à L.121-2.

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-contre.

Conditions : Compléter et signer ce formulaire

L'envoyer par courrier

Utiliser l'adresse figurant au dos et l'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Date et signature le :

« Je soussigné(e) ☐ M. ☐ M^{me}
 Nom : Prénom :
 Demeurant :
 Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville :
 Nature des biens ou des services commandés :
 Date de l'adhésion :
 Numéro d'adhérent :
 déclare renoncer à mon adhésion au contrat susvisé et demande le remboursement des cotisations versées. »

Néoliane PLÉNITUDE

Complémentaire santé



EQC1075A_DA_07/2023 - Imp : Juillet 2023

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Pour répondre à chacun de vos besoins opérationnels
www.neoliane.fr/extranet

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE,
www.neoliane.fr

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06200 NICE – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice N°B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Produit assuré par **L'ÉQUITÉ** – 2 rue Pillet-Will - 75009 PARIS – SA au capital de 26 469 320 € – RCS Paris N°B 572 084 697 00059 – Entreprise régie par le Code des assurances – Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le N° 026.

Produit assisté par **IMA ASSURANCES** – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 157 000 000 € entièrement libéré – RCS Niort N°481 511 632 – Entreprise régie par le Code des assurances.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.