



LES POINTS FORTS DU PRODUIT



UN PRODUIT CONFORME À LA RÉFORME 100% SANTÉ

Vous accédez à des équipements sans reste à charge pour l'optique, le dentaire et les aides auditives.



DES BONUS FIDÉLITÉ

- À compter de la 2^{ème} année d'adhésion, certaines garanties en hospitalisation et en dentaire augmentent pour être plus avantageuses.
- Forfait journalier pour la chambre particulière (de 40 € à 55 €).



SERVICES INCLUS

- Services d'assistance.
- Service médical complémentaire : téléconsultation.



TIERS PAYANT NATIONAL VIAMEDIS

Avec près de 9 millions de bénéficiaires, le réseau Viamedis vous dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé, soit plus de 240 000 accords sur tout le territoire français.



Optima

TABLEAU DES GARANTIES

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 85 ans inclus

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 ⁽¹⁾

SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)	OPTIMA 1	OPTIMA 2	OPTIMA 3	OPTIMA 4	OPTIMA 5
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾	100 %	130 %	150 %	175 %	200 %
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	130 %	150 %	175 %	200 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	110 %	130 %	150 %	180 %
Chambre particulière (hors chambre ambulatoire) ⁽⁴⁾	-	40 €/jour	45 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	45 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	-	50 €/jour	55 €/jour	60 €/jour
Lit accompagnant ⁽⁴⁾	-	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	-	-	5 €/jour	5 €/jour
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) ⁽⁵⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds ⁽⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
HONORAIRES					
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	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 AUTRES QUE 100 % SANTÉ

Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁷⁾	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	125 %	150 %	175 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	150 %	175 %	200 %

PROTHÈSES AUTRES QUE 100 % SANTÉ - PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	115 %	125 %	150 %	175 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	130 %	150 %	175 %	200 %

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 %	100 €	125 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	150 €	200 €	225 €	250 €
↳ Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées par le RO (par an) (y compris lentilles jetables) ⁽⁹⁾	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €

MÉDICAMENTS

100% 100% 100% 100% 100%

HONORAIRES MÉDICAUX
Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* 100% 100% 100% 100% 125%
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* 100% 100% 100% 100% 105%

Actes d'imagerie et actes d'échographie :

Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* 100% 100% 100% 100% 100%
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO* 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%

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100% 100% 100% 100% 100%

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

100% 100% 100% 100% 100%

MATÉRIEL MÉDICAL

Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires) 100% 100% 100% 100% 125%
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage 100% 100% 100% 100% 125%

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES (10)
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 % 100 % 125 %
Accessoires et fournitures 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %

LES + PRÉVENTION

Actes de prévention remboursés par le RO (m) 100 % 100 % 100 % 100 % 125 %

SERVICES

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

L'assureur des garanties est QUATREM.

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). Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné 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) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie - hors chirurgie esthétique.
- (2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) où la durée est limitée à trente (30) jours. Par contre, le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), n'est pas pris en charge.
- (3) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (dix (10) jours par an et par Assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, trente (30) jours en 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 tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'AS&F) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par Assuré.
- (4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à trente (30) jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.
- (5) 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. SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (6) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la

Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

- (7) 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.
- (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) Pour les formules OPTIMA 1 et OPTIMA 2, les lentilles refusées par le Régime Obligatoire ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire. Au-delà du forfait, les lentilles sont remboursées au ticket modérateur.
- (10) Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans.
- (11) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

*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 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et sont en vigueur depuis le 1er 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 -4 ou +4, 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 1^{ER} 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 (incisives)
- Métalliques pour 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



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.

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

	CHAMBRE PARTICULIÈRE (sur demande du patient)					FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (hébergement)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	NC					20 €				
Remboursement du RO	0 €					0 €				
Remboursement Néoliane Optima	0 €	40 €	45 €	50 €	55 €	20 €				
Reste à charge	Selon dépense engagée					0 €				

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PRIVÉ 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.				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	835,60 €				
Remboursement du RO	811,60 €				
Remboursement Néoliane Optima	24 €				
Reste à charge	0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
835,60 € (dont 24 € de participation forfaitaire, pour toute opération de plus de 120€)

	OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					OPÉRATION EN SECTEUR PRIVÉ Honoraires chirurgien. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	355 €					431 €				
Remboursement du RO	271,70 €					271,70 €				
Remboursement Néoliane Optima	0 €	81,51 €	83,30 €			0 €	27,17 €	81,51 €	135,85 €	159,30 €
Reste à charge	83,30 €	1,79 €	0 €			159,30 €	132,13 €	77,79 €	23,45 €	0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
271,70€

	FRAIS DE SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC 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.				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	3 541 €				
Remboursement du RO	2 832,80 €				
Remboursement Néoliane Optima	708,20 €				
Reste à charge	0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
3 541 €

DENTAIRE

	COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE sur incisives, canines et premières prémolaires Soins et prothèses 100% santé				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense500 €				
	Remboursement du RO72 €				
	Remboursement Néoliane Optima428 €				
	Reste à charge0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120 €

	DÉTARTRAGE Soins (hors 100% santé)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense43,38 €				
	Remboursement du RO26,03 €				
	Remboursement Néoliane Optima17,35 €				
	Reste à charge0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 43,38 €

	COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES Prothèses (hors 100% santé)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense538,70 €				
	Remboursement du RO72 €				
	Remboursement Néoliane Optima				
	48 €	78 €	108 €	168 €	
	418,70 €	388,70 €	358,70 €	298,70 €	
	Reste à charge				

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 120 €

	TRAITEMENT PAR SEMESTRE (6 MAX.) Orthodontie (moins de 16 ans)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense720 €				
	Remboursement du RO193,50 €				
	Remboursement Néoliane Optima				
	0 €	48,38 €	96,75 €	193,50 €	
	526,50 €	478,12 €	429,75 €	333 €	
	Reste à charge				

Base de remboursement du Régime Obligatoire : 193,50 €

OPTIQUE

	VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements 100% santé				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense41 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
	Remboursement du RO20,70 €				
	Remboursement Néoliane Optima91,30 €				
	Reste à charge0 €				

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

	VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements 100% santé				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense90 € PAR VERRE + 30 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
	Remboursement du RO37,80 €				
	Remboursement Néoliane Optima172,20 €				
	Reste à charge0 €				

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

	VERRES SIMPLES ET MONTURE Équipements (hors 100% santé) - +16 ans				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense100 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
	Remboursement du RO0,09 €				
	Remboursement Néoliane Optima				
	0,06 €	124,91 €	149,91 €	174,91 €	199,91 €
	338,85 €	214 €	189 €	164 €	139 €
	Reste à charge				

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

	VERRES PROGRESSIFS ET MONTURE Équipements (hors 100% santé) - +16 ans				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	Dépense231 € PAR VERRE + 139 € PAR MONTURE (limité à 100€)				
	Remboursement du RO0,09 €				
	Remboursement Néoliane Optima				
	0,06 €	149,91 €	199,91 €	224,91 €	249,91 €
	600,85 €	451 €	401 €	376 €	351 €
	Reste à charge				

	FORFAIT ANNUEL LENTILLES non remboursées par le Régime Obligatoire				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	DépenseNC				
	Remboursement du RO0 €				
	Remboursement Néoliane Optima				
	0 €		100 €		
	Reste à chargeSelon dépense engagée				

	OPÉRATION CORRECTIVE DE LA MYOPIE Chirurgie réfractive				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
	DépenseNC				
	Remboursement du RO0 €				
	Remboursement Néoliane Optima				
	0 €		0 €		
	Reste à chargeSelon dépense engagée				



AIDES AUDITIVES

	PAR OREILLE (100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements 100% santé					PAR OREILLE (HORS 100% SANTÉ) Pour un patient de plus de 20 ans Équipements (hors 100% santé)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	950 €					1 178 €				
Remboursement du RO	240 €					240 €				
Remboursement Néoliane Optima	710 €					160 €				260 €
Reste à charge	0 €					778 €				678 €

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

SOINS COURANTS

	CONSULTATION MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Pour un patient de plus de 18 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	30 €					35 €				
Remboursement du RO	19 €					24,50 €				
Remboursement Néoliane Optima	9 €					10,50 €				
Reste à charge	2 €					0 €				

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
30 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de moins de 6 ans Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	37 €					50 €				
Remboursement du RO	23,90 €					24,50 €				
Remboursement Néoliane Optima	11,10 €					10,50 €				19,25 €
Reste à charge	2 €					15 €				6,25 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
35 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					CONSULTATION PÉDIATRE Pour enfant de 2 à 16 ans. Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	54 €					55 €				
Remboursement du RO	23,90 €					16,10 €				
Remboursement Néoliane Optima	11,10 €				20,35 €	6,90 €				8,05 €
Reste à charge	19 €				9,75 €	32 €				30,85 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
37 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

	CONSULTATION MÉDECIN SPÉCIALISTE Pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.) Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					ACHAT D'UNE PAIRE DE BÉQUILLES Matériel médical				
	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5	Opt1	Opt2	Opt3	Opt4	Opt5
Dépense	57 €					25,80 €				
Remboursement du RO	14,10 €					14,64 €				
Remboursement Néoliane Optima	6,90 €				8,05 €	9,76 €				11,16 €
Reste à charge	36 €				34,85 €	1,40 €				0 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
23 €

Base de remboursement du Régime Obligatoire :
24,40 €

UN SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION

INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé vous donne accès dès sa prise d'effet à un service de téléconsultation : **MaQuestionMedicale**.

Cette plateforme, **accessible 7/7 de 8h à 23h** vous met en relation avec un **médecin généraliste** en quelques clics.

Dès votre inscription, la **visioconférence est immédiatement disponible** et vous pouvez également **prendre rendez-vous**.

Profitez d'une **prise en charge totale sans avance de frais*** : vous êtes directement reconnus grâce à votre numéro de sécurité sociale !

Besoin d'une **assistance** ? Une équipe dédiée se tient à votre disposition au **05 68 14 03 67**.



➤ COMMENT VOUS INSCRIRE ?



Sur la plateforme
MaQuestionMedicale

OU



Via l'application mobile
MaQuestionMedicale

Renseignez vos **informations personnelles** puis complétez votre profil en ajoutant votre **centre de sécurité sociale** et en sélectionnant **Néoliane** comme centre de mutuelle.

➤ COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?

Accédez directement à une **nouvelle téléconsultation** en remplissant le motif de votre demande. Vous serez rapidement mis en relation avec un **médecin de garde de votre région** qui vous **transmettra électroniquement tous les documents nécessaires** (ordonnance, compte rendu, feuille de soins, etc.).

* Sous réserve que les honoraires médicaux soient pris en charge par votre contrat santé

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

TITRE I

FORMATION - DÉNOMINATION - DURÉE - OBJET COMPOSITION - SIÈGE SOCIAL

ARTICLE 1. CONSTITUTION

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2. OBJET

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
 - de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
 - de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,
- Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3. MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4. SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II

ADMINISTRATION

ARTICLE 5. COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

ARTICLE 6. MEMBRES DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

ARTICLE 7. FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8. POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un

rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur

ARTICLE 9. REPRÉSENTATION EN JUSTICE

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10. COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

ARTICLE 11. CONVOCATION - QUORUM

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

ARTICLE 12. COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

ARTICLE 13. PROCÈS-VERBAL

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

ARTICLE 14. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

ARTICLE 15. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

ARTICLE 16. RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

TITRE IV

RESSOURCES - DÉPENSES - COMPTES

ARTICLE 17. RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

ARTICLE 18. DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 19. COMPTES ANNUELS

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître



annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

ARTICLE 20. COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant

compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V

DISSOLUTION - DIVERS

ARTICLE 21. DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé **NÉOLIANE OPTIMA** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat relève des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie) définies à l'article R321-1 du Code des assurances. Il est dénommé ci-après le Contrat groupe.

Une adhésion au Contrat groupe est composée des documents suivants :

- Le bulletin d'adhésion signé par le demandeur à l'assurance ;
- La présente Notice d'information qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du Contrat groupe ;
- Le certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent. Elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. En cas de modification des garanties (cf. article 5.3), le dernier Certificat d'adhésion adressée à l'Adhérent, vient compléter l'ensemble de ces documents. Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des Tribunaux français.

L'Assureur et co-concepteur du Contrat Groupe est **QUATREM**, Société anonyme au capital de 510 426 261 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le N° 412 367 724 – Société du groupe Malakoff Humanis – Siège social : 21 rue Laffitte – 75009 Paris, ci-après dénommée l'« **Assureur** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 – Siège social : 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **ASSOCIATION GPST** ». L'Association GPST souscrit ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents auprès de Quatrem.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orientas.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

L'Assureur délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION**, Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des

intermédiaires en assurance tenu par l'Orias sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire** ».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat Groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING (GSH)** – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orientas.fr). – Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Les sociétés **GSH, NÉOLIANE SANTÉ, MUTUA GESTION** et **QUATREM** sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09. Elles s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat groupe.

DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Adhérent. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Adhérent : Les Adhérents sont des personnes physiques, à partir de 18 ans et jusqu'à 85 ans inclus, qui bénéficient des prestations de l'Assureur et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit dans les conditions de l'article 6 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Assurés : Personnes physiques jusqu'à 85 ans inclus, habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'Adhérent et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26ème anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant

un taux d'incapacité supérieur à quatre-vingt (80) % et ne percevant pas l'allocation d'adulte

Hospitalisation : Au sens du présent contrat, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée. Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D) prise en charge par la Sécurité Sociale.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie inopinée : toute altération de la santé constatée par autorité médicale compétente, présentant un caractère soudain et imprévisible.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Adhérent n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Adhérent, après l'intervention de Sécurité sociale français obligatoire.

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

ARTICLE 1 – OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

ARTICLE 2 – CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission à la présente assurance en qualité d'assuré est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être adhérentes à l'Association GPST,
- Être résidentes en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion.
- Relever du Régime Obligatoire français,
- Être âgées de 18 à 85 ans inclus à la date de signature de la demande d'adhésion, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime

de l'année de naissance.

Le demandeur, après avoir reçu sur support durable les présentes Conditions générales, le document d'information normalisé sur le produit d'assurance et le tableau de garanties, remplira avec soin une Demande d'adhésion au sein de laquelle il choisit son niveau de garanties selon les formules proposées. Cette demande est transmise au Gestionnaire. L'adhésion au contrat résulte de la signature de ladite demande par laquelle l'Adhérent manifeste expressément sa volonté de bénéficier des prestations garanties, pour lui-même, et le cas échéant pour ses Ayants droit. L'Adhérent signe pour ses Ayants droit.

La signature de la Demande d'adhésion emporte acceptation des dispositions des présentes Conditions générales valant Notice d'information. **L'Adhérent reconnaît les avoir reçues et en avoir pris connaissance avant la signature de la Demande d'adhésion.**

Une carte de Tiers Payant santé est délivrée à l'Adhérent, lui permettant, ainsi qu'à ses Ayants droit le cas échéant, de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité. L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouverture et de clôture des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte. Les Assurés qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Assureur. La carte de Tiers Payant santé ne sera délivrée que pour les Adhérents à jour de leur cotisation.

ARTICLE 3 – MODALITÉS DE L'ADHÉSION

Le demandeur, après avoir pris connaissance des présentes conditions générales, de l'IPID et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion. Le demandeur devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- Son conjoint, personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps ;
- Son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune ;
- Son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité ;
- Les enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - ▷ qu'ils produisent un justificatif de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - ▷ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - ▷ qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi ;
 - ▷ sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.
- Les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

L'Adhérent s'oblige sur demande de l'Assureur, à tout moment, à justifier par tous moyens (certificat de

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

scolarité, extrait d'acte de naissance, avis d'imposition...) que son conjoint, son partenaire de Pacs, son concubin, ses enfants à charge répondent bien à la définition ci-avant.

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi parmi les cinq (5) proposés (OPTIMA 1 ; OPTIMA 2 ; OPTIMA 3 ; OPTIMA 4 ; OPTIMA 5). Les garanties choisies seront identiques pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

ARTICLE 4 — COTISATIONS

4.1 Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est calculé en fonction des éléments suivants :

- Du niveau de garanties souscrit ;
- Du nombre d'Assuré au contrat ainsi que leur âge, calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- Du régime d'affiliation de l'Adhérent ;
- De la zone d'habitation de l'Adhérent.

En tout état de cause, le contrat est « solidaire », le montant de la cotisation ne dépendant pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent et est fixée au Certificat d'adhésion.

4.2 Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, est à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'échéance indiquée au Certificat d'adhésion. La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'Adhérent et figurant sur le Certificat d'adhésion : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Dans tous les cas, le paiement s'effectue notamment par prélèvement automatique.

À chaque échéance, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation. L'Adhérent a la possibilité, à chaque échéance annuelle du Contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès du Gestionnaire deux (2) mois auparavant, de modifier le fractionnement de la cotisation.

4.3 Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de leur échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du Contrat s'il ne régularise pas la situation d'ici l'expiration du délai de quarante (40) jours suivant cette

mise en demeure.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises au Gestionnaire.

4.4 Modification du montant de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent et de ses Ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1er janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale ;
- Changement du niveau de garanties ;
- Changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie ;
- Ajout ou sortie d'un Ayant droit ;
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Les nouveaux montants de cotisation sont communiqués à l'Adhérent dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante, le règlement s'effectuant conformément aux modalités indiquées dans la Demande d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), l'Assureur se réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 5 — VIE DU CONTRAT

5.1 Prise d'effet des garanties

L'adhésion au contrat est réputée conclue au jour de la signature par l'Adhérent de la demande d'adhésion, sous réserve de remplir les conditions légales et contractuelles d'adhésion.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent. Elle est toujours fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion, sous réserve d'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la première cotisation. Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion ne sera accepté. En tout état de cause, l'adhésion ne

prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

L'adhésion est souscrite pour une période initiale de 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'article 5.5 de la présente notice d'information.

Une fois la période initiale de 12 mois écoulée, la date d'échéance de l'adhésion est ainsi fixée au 1er janvier de chaque année.

5.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension ou de la résiliation du contrat.

Pour les ayants droit, assurés au titre du présent contrat, les garanties cessent :

- À la date de la résiliation du contrat par l'Adhérent,
- Au décès de l'Adhérent. Le Gestionnaire rembourse, prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès.
- À la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire,

Les ayants droit, une fois radiés, ne peuvent plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat, **cette radiation étant définitive**. Toutefois, ils peuvent adhérer à titre individuel à un nouveau contrat individuel souscrit auprès d'un organisme du groupe Malakoff Humanis en leur nom propre.

5.3 Modification du Contrat

5.3.1 Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, sur internet ou par écrit simple :



En ligne :

www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je modifie mon contrat, et/ou mes informations »



Par courrier à l'adresse suivante :

**Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**

À l'échéance principale :

L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit et au plus tard deux (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion.

Hors échéance principale :

À compter de la deuxième année, l'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, par écrit, à tout moment dans la limite d'une fois tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande.

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'applique à ses éventuels Ayants droit.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prend effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

5.3.2 Ajout ou sortie des Ayants droit

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, par internet ou par écrit simple :

- À l'échéance principale : L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance du contrat, sous réserve de la production des pièces justificatives.
- Hors échéance principale : Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

5.4 Informations à communiquer au cours du Contrat

L'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le Contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil ;
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

- Ayants droit au Régime Obligatoire ;
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;
 - La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit ;
 - Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
 - Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations ;
 - L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

5.5 Résiliation

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Article 5.1.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des assurances :

Sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »



Par lettre (simple ou recommandée) ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration adressé au siège social :

Néoliane Santé - Service Résiliation
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Si la demande est recevable, le Gestionnaire adressera un certificat de radiation précisant la date d'effet de la résiliation à l'Adhérent.

Lorsque la résiliation émane de l'Assureur, elle doit être adressée par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

Article 5.1.2 - Conséquence de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 5.1.3 - Cas de résiliation

a) Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À l'échéance selon les modalités précisées ci-dessus, au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de votre échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L113-12 du Code des assurances).
- À tout moment, après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription du contrat. La résiliation prend effet un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Adhérent (article L113-15-2 du Code des assurances).
- En cas de changement du risque, si l'Assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle il a eu connaissance de la proposition d'assurance. La résiliation prend effet un (1) mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

b) Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation (L141-3 du code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt dix (10) jours après l'échéance impayée une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet quarante (40) jours après envoi de la lettre de mise en demeure.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent constatée avant un sinistre, sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet dix (10) jours après envoi de la lettre de résiliation et entraîne la restitution à l'Adhérent de la portion de prime payée pour la période où l'assurance n'est plus en vigueur.
- En cas de fraude constatée ou de déclarations fausses, inexactes ou réticentes au moment du sinistre. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

c) Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion (si le changement entraîne une modification tarifaire), de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la demande.

d) Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'Adhérent. En présence d'un Conjoint parmi les Ayants droit, les garanties sont maintenues pour l'ensemble de la famille. En l'absence de Conjoint et en présence d'Ayants droit mineurs, le contrat est résilié à la date du décès. S'ils le souhaitent et remplissent les conditions, une nouvelle adhésion leur sera proposée. En l'absence de Conjoint et en présence d'un Ayant droit majeur, ce dernier sera désigné comme nouvel Adhérent du contrat. En cas de désaccord de ce dernier, la résiliation du contrat interviendra à la date souhaitée.
- En cas de départ de France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion. La résiliation prendra effet un (1) mois après notification du départ ;
- Si l'Assuré ne relève plus du Régime Obligatoire français.

e) Résiliation ou Modification du Contrat groupe (établi entre l'Assureur et le Souscripteur GPST)

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association GPST dans les conditions prévues à l'article R.141-6 du Code des assurances. Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations, dans un délai de trois (3) mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle au Contrat groupe ne pourra être acceptée. En revanche, les adhésions en cours continueront à bénéficier de l'ensemble des clauses et conditions du Contrat groupe existantes à la date de résiliation.

Le Contrat groupe peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par tout type de moyen au moins trois (3) mois avant la date de renouvellement.

5.5.4 Effets de la résiliation

La cessation des garanties entraîne, pour l'Adhérent et ses Ayants droit, la fin du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une Maladie ou à un Accident dont la date des actes, soins ou prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de son adhésion.

Seuls les soins intervenus durant la période comprise entre la date d'effet du contrat et la date d'effet de la résiliation du contrat pourront faire être pris en charge.

À compter de la date de résiliation de son adhésion, l'Adhérent s'engage, pour lui et ses Ayants droit, à ne plus utiliser la ou les carte(s) de Tiers Payant sante auprès des professionnels de santé et à la (les) retourner à l'Assureur dans les meilleurs délais. D'une manière générale, il s'engage à renoncer à tous les services de l'Assureur dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci, sans préjudice pour l'Assureur de recouvrer les sommes indument versées.

La qualité de membre adhérent à l'association GPST se perd à la fin de l'adhésion au présent contrat. Aucune rupture d'adhésion au contrat ne peut découler de la perte du statut de membre adhérent à l'association GPST.

Lorsque l'adhésion est résiliée dans les conditions prévues au contrat, l'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le

risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 6 – LES GARANTIES

6.1 Personnes garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

6.2 Etendue des garanties

Les prestations du contrat sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion, pour tout acte résultant d'accident, de maladie ou de maternité ayant donné lieu à remboursement par le régime général de la Sécurité sociale des travailleurs salariés, TNS, exploitants agricoles ou du régime Alsace-Moselle.

Toutefois des prestations peuvent être prévues pour certains actes non remboursés par ces régimes. Ces prestations sont alors expressément mentionnées au tableau de garanties joint aux présentes Conditions générales valant notice d'information.

Ainsi, les garanties sont acquises :

- aux Assurés résidents en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;
- **uniquement en cas d'Accident ou de Maladie inopinée**, tels que définis au sein des présentes Conditions générales valant notice d'information
- aux Assurés résidant en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion, dans le cadre d'un déplacement occasionnel à l'étranger de moins de trois mois et dans la limite de six mois par année civile.

La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical ») est exclue.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires sont alors effectués en euros.

6.3 Nature et niveau des garanties

La nature et le niveau des garanties choisies par l'Adhérent sont précisés dans le tableau des garanties joint aux présentes Conditions Générales valant notice d'information, selon le choix de l'Adhérent parmi les formules proposées.

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties souscrit et des frais réellement engagés par l'Adhérent ou ses bénéficiaires, le remboursement :

- Des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- Des dépenses de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale,
- Des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,
 • Des dépenses de prévention mentionnées au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou Ticket Modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins. En cas de litige entre l'Adhérent et la Sécurité sociale, l'Assureur se conforme à la position de la Sécurité sociale.

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- S'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- S'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Le bénéficiaire des garanties peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas le total des remboursements perçus ne peut excéder le montant de la dépense réelle.

Contrat responsable

Le présent contrat relève du dispositif « contrat responsable », c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif visé à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application permettant à certains contrats complémentaires santé de bénéficier d'une aide ou d'une taxe spéciale sur les conventions d'assurance à un taux réduit. En cas de contradiction entre les dispositions légales et réglementaires relatives aux « contrats responsables » en vigueur au jour de la prise d'effet du présent contrat et celles prévues par le présent contrat, les règles du « contrat responsable » prévaudront. Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable ».

À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'Assureur ne rembourse pas :

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par l'Adhérent pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie**

médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.

- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par l'Adhérent lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **La majoration de la participation supportée par l'Adhérent sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Assurés consultent sans prescription du médecin traitant.**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

FRAIS D'OPTIQUE

Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (verres et monture).

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- l'équipement optique de « classe A » sans reste à charge pour l'Adhérent : cet équipement est remboursé à frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100% santé ;
- l'équipement optique de « classe B » : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans la limite des garanties mentionnées dans le tableau des garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;

- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

La prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction, dont la dioptrie est égale à 0) sont exclus, hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ainsi ;

Verres simples :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Assureur sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Assureur depuis le 1er janvier 2018.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodes de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, ces équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue.

La justification de cette évolution de la vue, dans les conditions visées par la réglementation, doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale.

Constitue une évolution de la vue :

- La variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- La variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- La somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin
- La variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie
- La variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries
- La variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

Aucun délai de renouvellement **des verres** n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.

DENTAIRE

Depuis 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au 1er janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires, trois paniers de soins prothétiques sont définis :

- Un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursé à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

- Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau des garanties,
- Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

AIDES AUDITIVES

Depuis le 1er janvier 2021 :

Deux classes d'équipement auditif sont définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties. Elles respectent le plafond de 1700 euros prévu dans le cadre du contrat « responsable ». Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive tels que les tickets modérateurs des consommables, des piles ou des accessoires.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par l'Assureur depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 7 – LES EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par l'Assureur :

- Les hospitalisations dans le cadre d'une opération de chirurgie esthétique ;
- Les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au certificat d'adhésion ;
- Les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé ;
- Les frais de séjour au-delà de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, et au-delà de 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 tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'Action Sociale & des Familles ;
- Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier hospitalier au sein des unités de soins de longue durée (USLD) au-delà de 30 jours ;

• La chambre particulière au-delà de 30 jours, par an et par Assuré ;

• La chambre particulière et le lit accompagnant dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées tels que définis dans l'article L 174-6 du code de la SS et à l'art L 312-1 du code de l'AS&F ;

• Le lit accompagnant lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de plus de 16 ans ;

• Les frais de transport sanitaire du malade ou de l'accidenté non remboursés par la Sécurité sociale, sans prescription médicale et sans accord préalable du service médical de la Sécurité sociale si ce dernier était requis ;

• Les lentilles refusées par le régime obligatoire pour les formules optima 1 et 2 ;

• Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans.

• Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

ARTICLE 8 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

8.1 Remboursement des prestations « frais de santé »

8.1.1 Taux de remboursement

Le taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient ;
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, et dans la limite des frais engagés.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé aux présentes Conditions

générales valant Notice d'information, sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du forfait en vigueur fixé par la Sécurité Sociale ;
- En pourcentage de la Base de remboursement fixée par la Sécurité sociale ;
- En Frais réels (FR) ;
- En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du Ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

Les forfaits (sauf optique et aides auditives) sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du niveau de garanties choisi.

8.1.2 Limite aux remboursements

Les remboursements des frais de soins de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent au moment du sinistre.

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.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par l'Assureur ou un organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par l'Assureur seraient réduites à due concurrence.

Si l'Adhérent est partiellement garanti par une police individuelle d'Accident, l'Assureur ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité.

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait précisé aux tableaux des garanties et à l'article 7 « Les exclusions », les chambres particulières :

- expressément demandées par l'Adhérent ;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

Ne peuvent donner lieu à remboursement :

- Les appartements privés ;
- Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

La garantie « Acte de prévention » se limite à la prise en charge des actes de prévention prévus dans le contrat responsable à savoir : I. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire. II. Un détartrage annuel

complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). III. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans. IV. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). V. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). VI. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans. VII. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

7.1.3 Demande de remboursement

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par l'Assureur au vu des documents transmis par la Caisse d'Affiliation du Bénéficiaire et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la Télétransmission, les remboursements sont effectués à réception des pièces suivantes :

- La prescription médicale ;
- Le cas échéant, le justificatif de paiement : facture acquittée... ;
- Les décomptes du Régime Obligatoire.
- Pour la pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale, est requise la production de l'ordonnance et de la facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...).

Les justificatifs sont à adresser au centre de gestion :



**CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051
31602 MURET Cedex.**

Sauf dans le cas du « Tiers payant », les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par virement sur le compte bancaire déterminé par l'Adhérent.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que l'Adhérent et ses Ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

ARTICLE 9 — CONTROLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

9.1 Contrôle des dépenses

Le médecin missionné par le Gestionnaire peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Lors du contrôle médical, celui-ci a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

9.2 Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'Assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 9 — FACULTÉ DE RÉTRACTATION ET RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites

ci-après :

Si le Contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment la vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 II du code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir soit à partir de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée sur internet ou par courrier écrit :

Sur internet :

www.neoliane.fr/service-client
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

Par courrier :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
 Adresse :
 N° du contrat :
 Mode de paiement choisi :
 Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
 Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le ____ à ____
 Signature de l'Adhérent

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription

d'un Contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er du code des assurances, « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un Contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer au présent contrat. La demande de renonciation doit être adressée sur internet ou par courrier écrit :



Sur internet :

www.neoliane.fr/service-client
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»



Par courrier :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquitté :
Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le ____ à ____
Signature de l'Adhérent

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation.

ARTICLE 11 – LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les Assurés.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation. En cas de résiliation du contrat par l'Adhérent, chaque Assuré ayant son propre numéro de Sécurité sociale aura la possibilité de demander le

prolongement de ses garanties. Un nouveau contrat sera alors émis.

Pour les Adhérents de plus de 85 ans, la résiliation est définitive et empêche de souscrire à nouveau le présent contrat.

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés à l'article 5.5 des présentes Conditions générales valant notice d'information.

ARTICLE 12 – LA PRESCRIPTION

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre lui ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré. »

Article L114-2

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

lequel il prescrivait (article 2240) ;

- demande en justice, même en référé, et même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241).

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243) ;

- mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245). »

ARTICLE 13 – LE SERVICE CLIENTS, LES RÉCLAMATIONS ET LA MÉDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :



Sur internet :

www.neoliane.fr/service-client
rubrique «réclamations»



Par courrier :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Pour le cas où la réponse ne donnerait pas satisfaction, l'Adhérent peut écrire à :

Pôle réclamations QUATREM

Offre Néoliane Optima

TSA 20002

78075 Saint Quentin en Yvelines cedex

reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com

Les délais de traitement ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

La procédure ci-dessous ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'Adhérent ou l'Assureur.

Médiation

Si le désaccord persiste après la réponse fournie ou en l'absence de réponse, l'Adhérent peut avoir recours, sur simple demande écrite, au Médiateur de l'assurance, dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de l'assurance

TSA 50110

75441 Paris cedex 09

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'expiration d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite, tel que précisé dans la sous rubrique « Examen des réclamations ».

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois (3) mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, dont les parties à la médiation devront être informées.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

ARTICLE 14 – L'ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 PARIS Cedex 9.

ARTICLE 15 – LA SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Assureur dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Assureur se réserve la possibilité de

leur demander une quittance subrogatoire.
Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent est informé par l'Assureur, ci-après désignée Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'Adhérent peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- La souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- La gestion des avis de l'Adhérent sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Adhérent ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'Adhérent ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- La proposition à l'Adhérent de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'Adhérent.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent pour d'autres finalités que

celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'Adhérent pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'Adhérent est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'Adhérent sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'Adhérent ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Adhérent sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'Adhérent venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'Adhérent varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION N°0032621

appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Adhérent et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'Assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ses données, post-mortem. L'Assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à **dpo@malakoffhumanis.com** ou par courrier à **Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9**

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'Adhérent dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, **3 Place de**

Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 17 — OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrions cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

Pour plus d'information : **www.bloctel.gouv.fr ou WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex.**

ANNEXE 1 À LA NOTICE D'INFORMATION N°0032621

Relative aux frais de gestion et au taux de redistribution

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2023 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
TYPE DE TAUX	TAUX DE 2023
Taux de redistribution ⁽¹⁾	82,20%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	24,20%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.



CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0062

ASSISTANCE SANTE



L'Association GPST (Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), Association loi de 1901, immatriculée sous le numéro RNA W751216092, dont le siège social se situe 30-32 boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° FIC25SAN0062.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone : 09 82 06 60 08 (depuis la France)
+33 9 82 06 60 08 (depuis l'étranger)

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

Adresse : 108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Télécopie : 09 77 40 17 87

Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062 auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé Néoliane Optima distribué par Néoliane Santé ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062.

1 – DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant

de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique assurée au titre du contrat d'assurance complémentaire santé Néoliane Optima distribué par Néoliane Santé et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° FIC25SAN0062.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Établissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Évènement : Toute situation prévue par la présente

notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Évènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

Évènement traumatisant : État psychologique consécutif à un Accident corporel ou une Maladie redoutée du Bénéficiaire qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état.

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre et les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un Établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident corporel ou une Maladie.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente. Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2 – MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie, dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Un décès.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE. À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée. Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par FILASSISTANCE permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le

Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de FILASSISTANCE. FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de FILASSISTANCE ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2 - Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que FILASSISTANCE aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas*

d'obtenir un remboursement.

2.3 - Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

2.5 - Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de l'avance.

Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de trois (3) mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Accompagnement budgétaire et social	5 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Information santé 360	Informations téléphoniques
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Orientation vers des prestataires spécialisés	Mise en relation sans prise en charge

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation

Aide à domicile	3 heures maximum par Évènement <i>La garantie doit être mise en œuvre dans les 10 jours qui suivent la sortie de l'Hospitalisation.</i>
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport 2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner compris) par Évènement à concurrence de 50 € TTC maximum par nuit
Garde des Animaux de compagnie	Dans la limite de 15 € TTC par jour et de 225 € TTC par Évènement

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation

Livraison de médicaments	Frais d'acheminement <i>(dans la limite de 2 livraisons maximum par année civile et dans la limite d'un rayon de 50 km autour du Domicile)</i>
--------------------------	---

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS RESENTIS PAR UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ;

- par Évènement : l'Évènement traumatissant.

Accompagnement psychologique	<i>Les entretiens doivent être mis en œuvre dans les 12 mois suivant la date de survenance de l'Évènement</i>
·Bénéficiaires majeurs	5 entretiens téléphoniques OU 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien
·Bénéficiaires mineurs	5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT LONG (CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE)

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s).

Aide à domicile	10 heures maximum par protocole de soins à raison de 2 heures maximum par séance
-----------------	--

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent ou son Conjoint ou leur(s) enfant(s) ;

- par Évènement : le décès.

Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement suite au décès	3 entretiens téléphoniques maximum par Évènement sur 90 jours, accompagné(s) d'un appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès
Aides aux démarches administratives · Informations téléphoniques	Entretiens téléphoniques
· Mise à disposition d'un intervenant compétent	4 maximum par Évènement réparties sur les 12 mois qui suivent le décès
Avance des frais d'inhumation	2 000 € maximum par Évènement

4 - DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties ci-après sont octroyées selon les conditions et dans les limites prévues au paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction du tableau synoptique des garanties du paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

4.2 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Équipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

4.3 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes. Elle intervient dès le premier jour de l'Hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour au domicile.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Évènement devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

4.4 - Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles. Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

4.5 - Aide aux démarches administratives

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE organise et prend en charge, dans les limites prévues par le tableau des garanties, la venue d'un intervenant compétent à domicile pour aider les proches dans la rédaction de ces documents.

4.6 - Avance des frais d'inhumation

Si les proches du Bénéficiaire décédé ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE accorde une avance aux proches du Bénéficiaire décédé.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

4.7 - Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde au Domicile ou dans une pension pour animaux.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ».

4.8 - Information juridique et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

Informations juridiques

- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.

Informations vie pratique

- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4.9 - Information santé 360

FILASSISTANCE oriente et informe le Bénéficiaire dans les domaines de la santé suivants (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) :

- Apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé du Bénéficiaire compte tenu des informations communiquées ;
- Communique des informations générales sur :
 - Les pathologies (ex : pandémies ...),
 - Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...) ;
- Communique des informations générales sur la santé au quotidien :
 - Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels,

- Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique),
- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer,
- Automédication : les précautions à prendre,
- Vaccinations ;
- Communique des informations générales sur le Bien vivre :
 - Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produites, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...),
 - Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
 - Calcul de l'IMC,
 - Informations « nutrition » (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant) ;
 - Bien-être :
 - Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires,
 - Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information) ;
- Délivre des informations en matière de :
 - Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail),
 - Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales, ...).

En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves, l'Équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE est à l'écoute du Bénéficiaire, pour l'informer, l'accompagner dans le système de soins et le guider dans les démarches administratives.

De plus, le Bénéficiaire peut bénéficier d'informations sur :

- les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions),
- groupes de paroles,
- l'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

L'ensemble de ces prestations s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

4.10 - Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

4.11 - Orientation vers des prestataires spécialisés

FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire vers des prestataires dédiés tels que :

- aide à la toilette,
- fournisseur de perruques,
- coiffeur à domicile,
- esthéticienne,
- coach sportif.

4.12 - Accompagnement suite au décès

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux de FILASSISTANCE apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

4.13 - Présence d'un poche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire. FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

4.14 - Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE apporte son aide pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

5 - EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysmes naturels ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;

- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie. L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties

demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

6.3 - Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas

responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

6.4 - Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

6.5 - Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
 - par courrier à l'adresse suivante :
FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX
 - par mail : qualite@filassistance.fr
 - sur le site internet : www.filassistance.fr
- via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux (2) mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :



Par courrier à l'adresse suivante :
Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09



sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant

d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires,

arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu et co-distribué par **GROUPE SANTIANE HOLDING** – SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré et co-conçu par **QUATREM** - SA au capital de 510 426 261 euros - régie par le Code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris. Société du groupe Malakoff Humanis.

Produit : NÉOLIANE OPTIMA

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit **NÉOLIANE OPTIMA** sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé NÉOLIANE OPTIMA est un contrat complémentaire collectif à adhésion facultative individuelle ayant pour objet le remboursement de tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

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

Le produit NÉOLIANE OPTIMA est conforme au dispositif «100% Santé» qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

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

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Prothèses dentaires, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles de contact remboursées par le RO - Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Aide à domicile** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Présence d'un proche** : en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ;
- ✓ **Soutien psychologique** : en cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires ;
- ✓ **Avance de fond** : en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Frais accompagnant ;

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

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

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les indemnités complémentaires à la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet du contrat.
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La prise en charge lors de séjours occasionnels à l'étranger dont l'objet est pour un Assuré de recevoir des soins médicaux (« tourisme médical »).
- ! La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! La participation forfaitaire de 2 € pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale.
- ! La franchise de 1 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! La franchise de 4 € sur les transports sanitaires.
- ! La minoration en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants droits sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'accès au dossier médical.
- ! Optique : la fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux (2) ans pour les plus de seize (16) ans et tous les ans chez les moins de seize (16) ans et tous les six (6) mois pour les moins de six (6) ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue
- ! Aide auditive : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties
- ! Dépassements d'honoraires : plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée»

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ En France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion.
- ✓ À l'étranger, en cas d'accident ou de maladie inopinée :
 - aux assurés se déplaçant en dehors du territoire français pour une durée de moins de 3 mois et dans la limite de 6 mois par année civile,
 - aux assurés en déplacement à raison de leur activité professionnelle dans le cadre d'un détachement,
 - les frais engagés d'une manière occasionnelle sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité Sociale.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;
- Être âgé(e) à la date de signature de la demande d'adhésion entre dix-huit (18) ans minimum et quatre-vingt-cinq (85) ans inclus,
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du Régime Obligatoire ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'Assureur ;
- Régler la cotisation indiquée sur la demande d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Informer les services de l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de régime de Sécurité sociale,
- Régler les cotisations prévues au contrat.

Pour le versement des prestations :

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies à la souscription. La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, semestrielle, trimestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance notamment par prélèvement.

40



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Début du contrat : La couverture prend effet à la date choisie par l'adhérent et mentionnée sur le certificat d'adhésion. La date d'effet est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve d'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la première cotisation et en tout état de cause, à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Durée du contrat : Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. Passé cette première année, il se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction.

Droit de renonciation au contrat : L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus, qui commence à courir soit à partir de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Fin du contrat : La couverture de l'Adhérent prend fin :

- à la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- au décès de l'Adhérent,
- à la date à laquelle ils perd le statut de bénéficiaire.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois ou jusqu'à trente (30) jours après la date d'envoi de son échéancier. La résiliation prend effet la veille de l'échéance annuelle à 24 heures (article L.113-12 du Code des assurances).

- par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **NEOLIANE SANTÉ - Service Résiliation - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**
- par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».

Une fois la première année de souscription écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur. Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.



NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488.

Produit assuré par **QUATREM** – - 21 rue Laffitte 75009 Paris - SA au capital de 510 426 261 euros - RCS Paris - 412 367 724 - régie par le Code des assurances - Société du groupe Malakoff Humanis.

Assistance : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** – 108 Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

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



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !