Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit distribué et co-conçu par **NÉOLIANE SANTÉ** - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit assuré 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.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- Hospitalisation : Chambre particulière, Lit accompagnant.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ Assistance en cas d'évènements traumatisants, d'immobilisation imprévue, d'hospitalisation imprévue, de chimio/radiothérapie, ou de décès.
Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances et définies aux conditions générales d'assistance.

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 RELATIVES AU CONTRAT RESPONSABLE :

! La participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale.
! La franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
! La franchise de 2 € 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 : prise en charge d'un équipement (verres et monture) tous les deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue, réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
! 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»

AUTRES RESTRICTIONS :

! **Chambre particulière et lit accompagnant :** Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. ;
! **Forfait journalier hospitalier :** Prise en charge dans la limite de 30 jours pour les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), les établissements médico-sociaux (MAS) et les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
! **Assistance** : Limitation en nombre d'heures ou en montant selon le type de service mis en oeuvre.

Cette liste n'est pas exhaustive.

NEOOPTIMA_IPID_03/2021

OÙ SUIS-JE COUVERT ?

✓ En France métropolitaine
✓ 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.

NB : Les garanties d'assistance s'appliquent en France metropolitaine (et par assimilation, Monaco et Andorre) et en outre-mer. Pour plus de détails, se référer aux conditions générales d'assistance.

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,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation prévue au contrat,
- Être âgés à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans minimum et de 85 ans inclus maximum, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance,
- Résider en France métropolitaine.

En cours de 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.

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 1er 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 a la faculté de résilier son adhésion :
- À chaque échéance, moyennant un préavis de deux mois. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à minuit.
- À tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois à compter de la réception de la notification de l'adhérent.
- En cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation du montant de sa cotisation dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'adhérent :
• Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au siège social : **Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
• Par courriel à **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »**

Produit distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit assuré 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.