

Souscription possible jusqu'à 89 ans inclus à l'adhésion

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

	HOSPITALISATION	H1	H2	N1	N2	N3
HOSPITALISATION (y compris en ambulatoire et à domicile) ⁽¹⁾						
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour ⁽²⁾ - Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES						
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* - Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	150%	300%	400%	100%	300%	400%
Chambre particulière (hors ambulatoire) ⁽³⁾ Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion	40€ / jour	75€ / jour	90€ / jour	45€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Lit accompagnant enfant et adulte - Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion	5€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
SOINS COURANTS						
HONORAIRES						
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	-	-	-	100%	150%	250%
PHARMACIE						
Médicaments	-	-	-	100%	100%	100%

DENTAIRE

 Néoliane Santéco ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.

OPTIQUE

 Néoliane Santéco ne prend pas en charge le remboursement des frais optiques.

SERVICES

Assistance incluse - IMA (aide à domicile, livraison de médicaments, soutien psychologique...)

Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat

Tiers payant - Viamedis

Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé

MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr

Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat

L'Organisme assureur des garanties santé est MUTUELLE BLEUE.

Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. 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⁾ L'hospitalisation est prise en charge dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux (dont les maisons d'accueil spécialisée), à l'exception des unités ou centres de soins de longue durée (USLD). Un délai de carence de 3 mois est établi sur le poste hospitalisation, sauf en cas d'accident. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du Ticket modérateur et les forfaits chambre particulière et lit accompagnant seront nuls.

Un délai de carence de 12 mois est établi pour les frais engagés dans un Centre de convalescence.

⁽²⁾ Les frais de séjour sont limités à 400% BR en hospitalisation non conventionnée.

⁽³⁾ La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de 90 jours, par an et par bénéficiaire pour toutes les formules.

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites de la Notice d'information, elles ne sauraient s'y substituer.

Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, RO = Régime Obligatoire (Sécurité Sociale), TM = Ticket Modérateur, OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2020.

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

		HOSPICO	H1	H2	N1	N2	N3
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	83,30 €	83,30 €	83,30 €	0 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	24 €	24 €	24 €	107,30 €	24 €	24 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	135,85 €	159,30 €	159,30 €	0 €	159,30 €	159,30 €
	RESTE À CHARGE	47,45 €	24 €	24 €	183,30 €	24 €	24 €

SOINS COURANTS

		HOSPICO	H1	H2	N1	N2	N3
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	25 €	25 €	25 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	30 €	30 €	30 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	9 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	44 €	44 €	44 €	15 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	6,90 €	18,40 €	39,90 €
	RESTE À CHARGE	56 €	56 €	56 €	34 €	22,50 €	1 €

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT...

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmière, intervenant médical
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques
- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, votre contrat santé comporte deux services médicaux complémentaires : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Dès la validation de votre contrat santé, vous recevrez un email et un SMS avec votre code d'activation pour créer vos comptes ; vous pourrez bénéficier de ces services dès la prise d'effet de votre contrat.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

Vous pouvez bénéficier d'une assistance par téléphone en appelant le **09 74 59 51 10**



des experts pour éclairer vos décisions de santé

Obtenez un 2ème avis médical en ligne en moins de 7 jours, auprès de médecins experts et reconnus, sur plus de 300 pathologies graves ou invalidantes.

COMMENT ÇA MARCHE ?



Je récupère mon dossier médical et j'accède à mon compte sur deuxièmeavis.fr



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



Sous 7 jours, j'obtiens l'avis rédigé du médecin après analyse de mon dossier

Un service patient est là pour vous accompagner !
Du lundi au vendredi de 10h à 19h : **01 81 80 00 48**

Produit co-conçu par GROUPE SANTIANE HOLDING - 38 avenue des Champs Elysées – 75008 Paris - SAS au capital de 455 524 € - RCS Paris 812 962 330 - ORIAS n° 19 004 119 et 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).

Assuré par MUTUELLE BLEUE - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 775 671 993 et dont le siège social est situé au : 25 place de la Madeleine - 75008 Paris.

Produit : NEOLIANE SANTÉCO

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. L'ensemble des informations sur le produit NEOLIANE SANTÉCO sont fournies au client dans les documents contractuels et précontractuels 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 Néoliane Santéco est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

Il est destiné, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants droit, après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit Néoliane Santéco est «non responsable» ce dernier ne s'inscrivant pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. 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.



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 du niveau de garantie choisi 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 : Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Honoraires (Chirurgie et anesthésie), Chambre particulière, Lit accompagnant enfant et adulte.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- Soins courants : consultations médecins généralistes ou spécialistes ;
- Pharmacie : pharmacie remboursée à 65%, à 30% et à 15% de la base de remboursement du Régime Obligatoire.

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'événements traumatiques, 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 ?

- ✗ L'optique, le dentaire et les audioprothèses ne sont pas pris en charge par le produit Néoliane Santéco ;
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- ✗ Les 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 participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Un délai de carence de trois (3) mois à compter de la date d'effet du Contrat sur le poste d'hospitalisation. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du ticket modérateur et le forfait de chambre particulière et le forfait lit accompagnant seront nuls ;
- ! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire pour une durée limitée à 90 jours ;
- ! Un délai de carence de douze (12) mois à compter de la date d'effet du Contrat sur les frais engagés dans un Centre de convalescence.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France (Corse et DROM-COM inclus).

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Adhérent s'applique.



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 :

- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Être résident en France (Corse et DROM-COM inclus) ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'organisme assureur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- Être âgés à la date de signature de la Demande d'adhésion entre dix-huit (18) ans minimum et quatre-vingt-neuf (89) ans inclus, l'âge étant calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'organisme assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile, domiciliation bancaire...)
- Informer de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ;
- Informer des garanties souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs ainsi que de tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre ;
- Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.



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, par prélèvement. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée 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.

L'adhésion s'entend à compter de la date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date d'anniversaire, puis se renouvelle par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre l'année en cours. Il est ensuite reconduit annuellement, selon les mêmes modalités, le 31 décembre de chaque année sauf en cas de résiliation.

L'adhérent dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, 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.

Les garanties prennent fin :

- En tout état de cause, pour l'ensemble des Assurés, à la date de résiliation du Contrat qu'elle qu'en soit la cause ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion, à chaque échéance du contrat, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance :

- Par lettre, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
- Par courriel à **www.neoliane.fr/service-client rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »**

Une fois la première année de souscription écoulée, il bénéficie de la même faculté qu'il peut, toutefois, exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation.

Par ailleurs, la même faculté lui est offerte en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.