

LES GARANTIES

	HOSPI 1	HOSPI 2	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
HOSPITALISATION ⁽¹⁾					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels				
Frais de séjour ⁽²⁾ - Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	Frais réels				
Honoraires					
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* - Limitées à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	300%	400%	100%	300%	400%
Chambre particulière ⁽³⁾ - Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion	75€ / jour	90€ / jour	45€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Lit accompagnant enfant et adulte - Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion	15€ / jour				
SOINS COURANTS ⁽⁴⁾					
Honoraires					
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* Dans la limite de 6 consultations/an/bénéficiaire	-	-	100%	150%	250%
PHARMACIE					
Médicaments	-	-	100%	100%	100%
DENTAIRE					
 Néoliane Sant€co ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.					
OPTIQUE					
 Néoliane Sant€co ne prend pas en charge le remboursement des frais d'optique.					
GARANTIES DE PRÉVOYANCE					
Capital Maladies redoutées ⁽⁵⁾	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation (accident, maladie ou maternité) ⁽⁶⁾	40€ / jour				
SERVICES					
Assistance incluse - IMA (aide à domicile, livraison de médicaments, soutien psychologique...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tiers payant - Viamedis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

L'Assureur des garanties santé et prévoyance 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⁾ Un délai de carence de 3 mois est établi sur le poste d'hospitalisation, sauf en cas d'accident. 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. 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.⁽⁴⁾ Le remboursement des consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste est limité à six (6) consultations par année civile et par bénéficiaire.⁽⁵⁾ Un délai de carence de 10 mois est établi pour la garantie "Maladies redoutées" et cette garantie prend fin au 31 décembre des 75 ans de l'Adhérent.⁽⁶⁾ La garantie « Indemnités Journalières Hospitalières Toutes Causes » prend fin au 31 décembre des 65 ans de l'Assuré.

* 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.

ZOOM SUR LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE



MALADIES REDOUTÉES

- Les maladies redoutées garanties sont :
- Cancer, infarctus du myocarde, AVC non traumatique, insuffisance rénale terminale, transplantation d'un organe vital, Parkinson, sclérose en plaque, Alzheimer.
- Si la survenance d'une maladie redoutée intervient pendant la période d'adhésion, 100% du capital est versé à l'assuré.
- Le déclenchement de la garantie Maladies redoutées met fin à cette garantie. **Le bénéfice de la prestation est limité à 75 ans inclus.**



INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION

- Indemnisation à partir du **1^{er} jour d'hospitalisation** consécutive à un accident sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à 24 heures consécutives et **dans la limite de 90 jours.**
- Indemnisation à partir du **1^{er} jour en cas d'hospitalisation** due à une **maladie ou à la maternité** sous réserve que la durée de l'hospitalisation soit supérieure ou égale à 48 heures consécutives et **dans la limite de 90 jours.**
- Le bénéfice de la prestation est limité à 65 ans inclus.**

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 au 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

		HOSPI 1	HOSPI 1	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	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	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €
	REMBOURSEMENT DU RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	83,30 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	83,30 €	0 €	0 €
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 €
	REMBOURSEMENT DU RO	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	159,30 €	159,30 €	0,00 €	159,30 €	159,30 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	159,30 €	0 €	0 €

SOINS COURANTS

		HOSPI 1	HOSPI 1	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	-	-	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	-	-	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	-	-	25,00 €	25,00 €	25,00 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	-	-	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	-	-	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	9 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	-	-	15 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	-	-	55 €	55 €	55 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	6,90 €	18,40 €	38,90 €
	RESTE À CHARGE	-	-	34 €	22,50 €	1 €

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE



Assuré par : MUTUELLE BLEUE, Mutuelle immatriculée en France sous le numéro 775 671 993, régie par le livre II du code de la Mutualité
Distribué par : NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE, courtier d'assurance, immatriculée au RCS de Nice sous le numéro 510 204 274 et à l'ORIAS sous le numéro 09 050 488

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 SantéÉco 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'assuré 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 SantéÉco 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'assuré.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction 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 : Honoraires praticiens hospitaliers, Frais de séjour hospitalier, Forfait journalier hospitalier, chambre particulière, lit accompagnant enfants et adultes.

✓ Garanties de prévoyance :

- Garantie "Maladies redoutées"
- Garantie "Indemnités Journalières Hospitalière Toute Cause"

(LJHTC)

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- Médecine et soins de ville : 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 PRÉVUES :

✓ Garantie d'assistance : Assistance en cas d'immobilisation, d'hospitalisation, de perte d'autonomie ou de décès.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'optique, le dentaire et les audioprothèses ne sont pas pris en charge par le produit Néoliane SantéÉco ;
- ✗ Les personnes non membres de l'association GPST ;
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ 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 ;
- ✗ La maladie redoutée survenant dans le délai de carence ou après les 75 ans de l'assuré ;
- ✗ Les indemnités journalières hospitalières après les 65 ans de l'assuré.

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS POUR LA GARANTIE LJHTC :

- ! La désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
- ! Les hospitalisations à domicile.

PRINCIPALES EXCLUSIONS POUR LA GARANTIE MALADIE REDOUTÉE :

- ! Les risques provenant de l'abus de stupéfiants, de tranquillisants, ou d'alcool ;
- ! Les conséquences d'actes criminels ou illégaux ;
- ! Les professions entraînant une exposition à l'amiante ;
- ! Le travail dans des mines.

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 ;
- ! Le remboursement des consultations chez un médecin généraliste ou spécialistes est limité à six (6) consultations par année civile et par Assuré ;
- ! La garantie « Maladies redoutées » prend effet après un délai de carence de dix (10) mois à compter de la date d'effet du Contrat ;
- ! L'LJHTC consécutive à un accident est versée si hospitalisation supérieure ou égale à 24 heures consécutives dans la limite de 90 jours ;
- ! L'LJHTC consécutive à une maladie ou à une maternité si hospitalisation supérieure ou égale à 48 heures consécutives dans la limite de 90 jours.

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'Assuré s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

A 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 âgées à la date de signature de la Demande d'adhésion de dix-huit (18) ans minimum et de soixante-quinze (75) ans maximum, 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 ?

La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. En cas d'une périodicité mensuelle, semestrielle, trimestrielle ou annuelle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. 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, sous réserve du paiement de la 1ère cotisation ou fraction de cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion après validation de la demande d'adhésion par le gestionnaire dans les conditions visées ci-dessous :

- en cas d'adhésion par écrit sur support papier, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par le Gestionnaire, le 1er du mois suivant la date de réception de la Demande d'adhésion dûment complétée et signée (ou au 1er du mois choisi par l'Adhérent sauf pour le mois en cours), et sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation ;
- en cas d'adhésion conclue à distance au sens de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclue au moyen « d'une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du Contrat « sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par le Gestionnaire, à la date d'enregistrement informatique de la demande du Contrat d'Assurance dûment complétée et signée.

L'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date anniversaire, puis au 31 décembre de l'année suivante. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

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. Les garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit de l'Adhérent, et ce à compter de son décès ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle

Par ailleurs, les garanties et/ou prestations cessent quand les limites d'âge de couverture suivantes sont atteintes :

- Au 31 décembre des soixante-cinq (65) ans de l'Assuré pour la garantie « Indemnités Journalières Hospitalières Toutes Causes ».
- Au 31 décembre des soixante-quinze (75) ans de l'Assuré pour la garantie « Maladies Redoutées »

La cessation de la garantie santé entraîne automatiquement et dans les mêmes conditions la cessation des garanties de prévoyance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit son adhésion, à chaque échéance du contrat, par écrit et par courrier, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance : Néoliane Santé - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza 5ème - 06200 Nice ou Centre de gestion Néoliane- BP 90051 - 31602 Muret CEDEX.

Par ailleurs, en cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.