

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 **SANTIANE.FR** – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice 489 649 897 – 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° 07 006 282 (www.orias.fr). Produit co-conçu et assuré par **MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE** – Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 718 256, dont le siège social se situe à Paris (75009), 21 rue Laffitte. Assistance : IMA ASSURANCES – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 – SA au capital de 157 000 000 € entièrement libéré – RCS Niort sous le N°481 511 632 – Entreprise régie par le Code des assurances.

Produit : **NÉOSANTÉ**

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 NEOSANTE 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 NÉOSANTÉ 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 NEOSANTÉ 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 NEOSANTÉ 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 montants des prestations varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées. Ces informations figurent dans le tableau des garanties joint en annexe de la proposition d'assurance.

GARANTIES INCLUSES DANS TOUTES LES FORMULES :

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Soins courants** : Consultations généraliste/spécialiste, Honoraires paramédicaux, Actes techniques médicaux et imagerie médicale, Analyse et examen de laboratoire, Participation forfaitaire de l'adhérent sur les actes techniques, Médicaments 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 prescrites et remboursées par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Inlay / Onlay, Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire, Inlay core remboursé par le Régime Obligatoire, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Accessoires et fournitures, Prothèses auditives de la Classe II ;
- ✓ **Prothèses et Appareillages** : Prothèses et appareillages

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, Lit accompagnant ;
- **Dentaire** : Implantologie, Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire, Plafond dentaire ;
- **Soins courants** : Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- **Prothèses et appareillages** : Renfort Handicap ;
- **Médecines de prévention** : Cure thermique en France remboursée par le Régime Obligatoire, Consultation d'un ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, étio-pathe, mésothérapeute, pédicure-podologue, d'aptitude à la pratique d'un sport, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire ;
- **Optique** : Lentilles prescrites non remboursées par le Régime Obligatoire, chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire, implants multifocaux non remboursés par le Régime Obligatoire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

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 de l'adhésion ou la date de cessation des garanties.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les séjours en établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- ! La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ! 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 »).

Pour la garantie d'assistance

- ! Les hospitalisations consécutives à des maladies non soudaines et prévisibles.
- ! Les décès consécutifs :
 - à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales
 - à la pratique, à titre professionnel, de tout sport.

Principales restrictions relatives au contrat responsable :

- ! Participation forfaitaire de 2 € sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! Franchise de 4 € sur les transports sanitaires.
- ! Franchise de 1 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! Minoration du remboursement 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 est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.
- ! Honoraires médicaux : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! 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.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! Pour l'ensemble des garanties : Remboursement limité au Ticket modérateur durant les trois (3) premiers mois d'adhésion ;
- ! Les dépenses engagées hors tiers payant et non justifiées par une facture.
- ! Plafonnement des prestations pour les frais de santé liés aux inlays/onlays, les prothèses dentaires, les Inlays core, l'implantologie.
- ! Limitation des séances de médecine additionnelle donnant lieu au versement d'un forfait au maximum 3 fois par an (ostéopathie, étio-pathe, acupuncture, homéopathie...).
- ! Assistance : Limitation en nombre d'heures ou en montant selon le type de service mis en œuvre.

Pour la garantie d'assistance

- ! Aide à domicile : Prise en charge limitée à 3 heures (en une intervention) ;
- ! Présence d'un proche : Prise en charge de l'hébergement limité à 2 nuits ;
- ! Soutien psychologique : Prise en charge limitée à 5 entretiens téléphoniques ou 3 entretiens en face à face si nécessaire avec un psychologue clinicien.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

- ✓ Les prestations du contrat sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion.
- ✓ Elles sont acquises uniquement en cas d'accident ou de maladie inopinée aux assurés résidant en France hexagonale, 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.

! À noter : 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.

NB : Les garanties d'assistance s'appliquent en France hexagonale (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 ;
- Résider principalement en France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion ;
- Être âgé(e) d'au moins 18 ans et 85 ans inclus ;
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du régime Régime Obligatoire ;
- Fournir tout document justificatif demandé par la Mutuelle ;
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, etc.) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre à l'assureur dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les 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 lors de la souscription.

La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle 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, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1^{er} janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à compter 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.

La couverture prend fin :

- à la date de résiliation quel qu'en soit le motif, quelle qu'en soit la Partie à l'origine ;
- 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 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 : **SANTIANE.FR – 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.santiane.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.