



VOTRE DEVIS PERSONNALISÉ



Votre formule santé : Néosanté MMH
Premium 4

Votre(Vos) formule(s) prévoyance: IJH, pour 1 personne.

Ce devis comprend un contrat santé éligible à la loi Madelin et un contrat prévoyance.



Tarif : **138.40 €**/mois pour **1** personne(s).



Date d'effet du contrat : **28/10/2021**

Devis valable 30 jours sous réserve de l'accord de l'assureur.

QUI SOMMES NOUS ?



Santiane, courtier en ligne leader en France

Plus de 180 000 adhérents nous font déjà confiance.



Spécialiste des complémentaires santé

Nos experts santé vous aident à comparer les contrats et à trouver une complémentaire adaptée au meilleur rapport garantie prix du marché.



Signature électronique 100% sécurisée

Grâce à la signature électronique, vous êtes couvert rapidement par votre complémentaire santé. L'adhésion est ainsi effectuée sans délai, grâce à une solution 100 % digitale.



Des partenaires de premier plan pour vous assurer

En tant qu'experts, nous sélectionnons les meilleures complémentaires santé afin de vous offrir un rapport garanties/prix optimal et un service client sérieux.

1. DEVOIR DE CONSEIL ET D'INFORMATION

Cette étude personnalisée est établie conformément aux articles L. 521-1 et suivants et R. 521-1 du Code des assurances et a pour objectif de définir vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation.

VOTRE IDENTITÉ

Mr THIBAUT THOMAS
9 IMPASSE LES HAUTS DE SERIGNAN
34410 Sauvian
06.77.05.42.18
DAMTHO84@YAHOO.FR

PERSONNES À ASSURER

Personnes	Date de naissance	Régime d'assurance maladie
Vous	01/01/1958	Salarié
Votre conjoint		
1 ^{er} enfant		
2 ^{ème} enfant		
3 ^{ème} enfant		
4 ^{ème} enfant		
5 ^{ème} enfant		

EXIGENCES ET BESOINS EN SANTÉ



Votre couverture : Très élevée / Chambre particulière : ☒



Votre couverture

- Verres simples : Faible
- Verres complexes : Moyenne
- Verres très complexes : Elevée



Soins courants : Faible / Prothèses : Très élevée



Votre couverture : Très élevée / Pharmacie : Oui / Médecine douce ☒

EXIGENCES ET BESOINS EN PRÉVOYANCE



Capital décès / accident

☐

Je souhaite que mes proches bénéficient d'un capital décès par accident, ou je souhaite bénéficier de ce capital par anticipation :

- ☐ Entre 15 000 et 60 000 € par adhérent
- ☐ Entre 60 000 et 100 000 € par adhérent
- ☐ Plus de 100 000 € par adhérent



IJH accident

☒

Je souhaite disposer d'une indemnité journalière hospitalière en cas d'accident :

- ☐ Entre 20 et 60 € par adhérent
- ☐ Entre 60 et 100 € par adhérent
- ☒ Plus de 100 € par adhérent

BUDGET SOUHAITÉ

Min : 130€ <

Votre budget : 140 €

> Max : 150 €

- Vous souhaitez :
- ☐ Une solution budget : une protection en accord avec mon budget
 - ☒ Une solution économique : pour optimiser mon couple budget / garanties
 - ☐ Une solution confort : pour une couverture conforme à mes exigences de besoin

2. NOTRE SOLUTION

Après analyse de vos besoins et votre situation, nous vous proposons de souscrire à une solution à 138.40 €/mois comprenant :

- Un contrat santé Néosanté MMH pour 1 personne(s), comprenant des garanties d'assistance
- un contrat prévoyance ijh, pour 1 personne comprenant des garanties d'assistance

En effet, cette proposition correspond au mieux à vos besoins dans la mesure où cette solution propose le meilleur rapport garantie/prix parmi l'ensemble des contrats comparés.

La (les) notice(s) d'information jointe(s) à cette proposition précise(nt) les conditions d'application, les montants et limites de garanties ainsi que les exclusions du (des) contrat(s).

Le tarif comprend les frais d'association, d'assistance et de courtage : 0,50€

Ce devis comprend un contrat santé et un contrat prévoyance. Pour tout autre devis (prévoyance, obsèques, dépendance, chiens/chats), veuillez effectuer votre demande sur www.santiane.fr/service-client, rubrique "Je ne suis pas encore client" puis "Je souhaite obtenir un devis", ou par téléphone au 04 93 81 88 10.

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

HOSPITALISATION ⁽¹⁾ (y compris en ambulatoire et à domicile)	PREMIUM 4
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels
Frais de séjour en secteur conventionné ⁽³⁾	Frais réels
Honoraires	
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** ⁽³⁾	350%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** ⁽³⁾	200%
Chambre particulière ⁽⁴⁾	
Par nuité	80€
Par jour (hospitalisation en ambulatoire)	24€
Lit d'accompagnant par jour ⁽⁴⁾	15€
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR) ⁽⁵⁾	100%
100% SANTÉ DENTAIRE	
Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé*	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements*
Soins et prothèses 100% Santé - Panier 100% Santé	
SOINS	
Soins dentaires	100%
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par le R.O ⁽⁶⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	100% +150€
Renfort sur orthodontie remboursée par le R.O ⁽⁶⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200€
Orthodontie non remboursée par le R.O, sur avis du chirurgien-dentiste consultant ⁽⁶⁾ - dans la limite de 4 semestres et par bénéficiaire	225€
PROTHÈSES ET IMPLANTS	
Inlays/onlays ⁽⁶⁾ - par acte	100% +100€
Prothèse dentaire, hors Inlay core, remboursée par le R.O ⁽⁶⁾	300%
Supplément sur dents visibles (incisives et canines, premières prémolaires) pour les prothèses remboursées ⁽⁶⁾	50€
Inlay core remboursé par le R.O	200%
Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) - par implant ou couronne non remboursée par le RO ⁽⁷⁾	150€
Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontiques) par an et par bénéficiaire, années 1 et 2	1100€
Plafond global dentaire (hors soins dentaires et orthodontiques) par an et par bénéficiaire, année 3 et suivantes	1200€
100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁸⁾ (1 monture + 2 verres)	
Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé*	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements*
Équipements 100% Santé (Classe A - Panier 100% Santé)	
Équipements de la Classe B - Panier libre	
<i>ADULTE (à compter du 16^{ème} anniversaire), RÉSEAU KALIXIA ⁽⁹⁾ - Tarifs négociés et reste à payer minoré</i>	
Par verre simple	50€
Par verre complexe	120€
Par verre très complexe	170€
Une monture de lunettes	70€
<i>ENFANT (Jusqu'à 15 ans révolus), RÉSEAU KALIXIA ⁽⁹⁾ - Tarifs négociés et reste à payer minoré</i>	
Par verre simple	50€
Par verre complexe	100€
Par verre très complexe	120€
Une monture de lunettes	50€
Bonus RÉSEAU KALIXIA : par verre en cas de non consommation durant 3 années civiles consécutives - Majoration de la prestation	+10%
<i>ADULTE (à compter du 16^{ème} anniversaire), HORS RÉSEAU KALIXIA</i>	
Par verre simple	40€
Par verre complexe	90€
Par verre très complexe	130€
Une monture de lunettes	40€
<i>ENFANT (Jusqu'à 15 ans révolus), HORS RÉSEAU KALIXIA</i>	
Par verre simple	30€
Par verre complexe	80€
Par verre très complexe	85€
Une monture de lunettes	40€

	PREMIUM 4
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 %
Lentilles prescrites remboursées par le R.O ⁽¹⁰⁾ - par an	60€
Lentilles prescrites non remboursées par le R.O ⁽¹⁰⁾ - par an	60€
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le R.O - par œil - par an	200€
Implants multifocaux non remboursés par le R.O - par œil - par an	200€

SOINS COURANTS

Médicaments remboursés	100%
Médicaments prescrits non remboursés par le R.O, automédication sans prescription médicale et contraception ⁽¹¹⁾ - par an	30€
Honoraires médicaux	
<u>Consultations généralistes / spécialistes</u>	
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	200% / 225%
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100% / 125%
<u>Actes techniques médicaux et imagerie médicale</u>	
Pour les praticiens adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	200%
Pour les praticiens non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	130%
Honoraires paramédicaux	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	OUI

 **AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille ⁽¹²⁾ (Renouvellement par appareil tous les 4 ans à compter du 01/01/2021)**

À partir du 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé* Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements*
Accessoires et fournitures	100%
DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	
Aides auditives remboursées par le R.O	220%
HORS RÉSEAU KALIXIA	
Aides auditives remboursées par le R.O	150%

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Prothèses et appareillages	150%
Renfort handicap (appareil auditif / oreille, fauteuil roulant, autres prothèses) - tous les trois ans ⁽¹²⁾	500€

MÉDECINE DE PRÉVENTION

Cure thermale en France remboursée par le R.O (Forfait global incluant honoraires, traitement thermal, hébergement et transport) - par an	100% +200€
Consultation d'un ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, tabacologue, d'un psychologue, psychomotricien, homéopathe, diététicien, d'aptitude à la pratique d'un sport, d'un étiopathe, mésothérapeute, pédicure-podologue - par séance, et dans la limite de 3 séances par an ⁽¹³⁾	25€
Sevrage tabagique sur prescription médicale et sur facture - par an	30€
Vaccins non remboursés par le R.O - par an	30€

SERVICES

Questionnaire de santé	Aucun
Tiers payant national - Remboursements automatisés (télétransmission)	Viamedis - Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Bénéficiez de l'assistance dès la date d'effet de votre contrat santé
MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr	Services inclus dans votre contrat et disponibles dès l'adhésion

Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, TM = Ticket Modérateur, R.O = Régime Obligatoire (Sécurité sociale).

Les prestations sont exprimées remboursement de la Sécurité sociale inclus, par bénéficiaire, lorsque Mutuelle Malakoff Humanis intervient.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites des Conditions générales, elles ne sauraient s'y substituer.

⁽¹⁾ En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie - Hors Chirurgie esthétique.

⁽²⁾ Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L174-6 du Code de la Sécurité sociale et à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

⁽³⁾ En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

⁽⁴⁾ Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 30 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

⁽⁵⁾ 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⁾ Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par

une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

⁽⁷⁾ Couronnes unitaires et piliers de bridge sur dents reconstituables durablement

⁽⁸⁾ Renouvellement par équipement (1 monture + 2 verres) :

- tous les 2 ans à compter du 16^{ème} anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres).
 - annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans révolus.
 - tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
- Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ou de pathologie (selon des critères définis réglementairement).
- La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.
- Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par le R.O, est assurée a minima au ticket modérateur.

⁽⁹⁾ Dans le cadre du RÉSEAU OPTIQUE KALIXIA, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

⁽¹⁰⁾ Les lentilles prescrites « remboursées » et «non remboursées» ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Le ticket modérateur est assuré en cas d'atteinte du forfait.

⁽¹¹⁾ Médicaments délivrés en pharmacie sans ordonnance, faisant partie de la liste précisée dans les Conditions générales Article 7.4. Remboursement sur facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste précisée dans les Conditions générales Article 7.4.

⁽¹²⁾ 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 à partir du 01/01/2021.

⁽¹³⁾ Remboursement sur présentation d'une facture originale établie par le praticien.

* Tels que définis réglementairement. Depuis le 1er janvier 2020, vous avez accès au 100% Santé sur l'optique et une partie du panier dentaire. À partir du 1er janvier 2021, vous pouvez bénéficier du 100% Santé sur les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire. Retrouvez ci-dessous plus de précisions sur les paniers et les équipements. 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.

** OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrise (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>



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 1ER 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 et canines)
- Full Zircon et 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 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 le Régime Obligatoire).



HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier

Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte

Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte

	PREMIUM 4
Dépense	20€
Remboursement du RO	0€
Remboursement Néosanté	20€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	355€
Remboursement du RO	247,70€
Remboursement Néosanté	107,30€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	431€
Remboursement du RO	247,70€
Remboursement Néosanté	183,30€
RESTE À CHARGE	0€

DENTAIRE

Détartrage

Couronne céramo-métallique sur molaires

Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ères prémolaire

Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires*

	PREMIUM 4
Dépense	28,92€
Remboursement du RO	20,24€
Remboursement Néosanté	8,68€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	538,70€
Remboursement du RO	75,25€
Remboursement Néosanté	247,25€
RESTE À CHARGE	216,20€
Dépense	500€
Remboursement du RO	84€
Remboursement Néosanté	416€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	538,70€
Remboursement du RO	84€
Remboursement Néosanté	276€
RESTE À CHARGE	178,70€



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

OPTIQUE

Équipement optique de la Classe A (montures + verres) de verres unifocaux



	PREMIUM 4
Dépense	125€
Remboursement du RO	22,50€
Remboursement Néosanté	102,50€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	260€
Remboursement du RO	0,09€
Remboursement Néosanté	170€
RESTE À CHARGE	89,91€
Dépense	345€
Remboursement du RO	0,09€
Remboursement Néosanté	120€
RESTE À CHARGE	224,91€

RÉSEAU KALIXIA

Équipement optique de la Classe B (montures + verres) de verres unifocaux

HORS RÉSEAU KALIXIA

Équipement optique de la Classe B (montures + verres) de verres unifocaux

AIDES AUDITIVES

Aides auditives de la Classe I par oreille (Depuis le 01/01/2021)



	PREMIUM 4
Dépense	950€
Remboursement du RO	210€
Remboursement Néosanté	890€
RESTE À CHARGE	0€
Dépense	1226€
Remboursement du RO	210€
Remboursement Néosanté	560€
RESTE À CHARGE	456€
Dépense	1476€
Remboursement du RO	210€
Remboursement Néosanté	315€
RESTE À CHARGE	951€

RÉSEAU KALIXIA

Aides auditives par oreille*

HORS RÉSEAU KALIXIA

Aides auditives par oreille*

SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires

	PREMIUM 4
Dépense	25€
Remboursement du RO	16,50€
Remboursement Néosanté	7,50€
RESTE À CHARGE**	1€
Dépense	30€
Remboursement du RO	20€
Remboursement Néosanté	9€
RESTE À CHARGE**	1€
Dépense	44€
Remboursement du RO	20€
Remboursement Néosanté	23€
RESTE À CHARGE**	1€
Dépense	56€
Remboursement du RO	15,10€
Remboursement Néosanté	12,65€
RESTE À CHARGE**	28,25€

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO

* Conformément à la réforme du 100 % Santé, la base de remboursement des couronnes céramo-métalliques sur deuxièmes prémolaires est passée depuis le 01/01/2020 de 107,50 € à 120 € et celle des aides auditives de 300 € à 350 €. Depuis le 01/01/2021, la base de remboursement des aides auditives est passée à 400 €.

** Le reste à charge inclut la participation forfaitaire à payer par l'assuré de 1€ déduit des remboursements du Régime Obligatoire.

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE...

DÈS LA SOUSCRIPTION :

- ✓ 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 dès la souscription du contrat : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Vous recevrez un mail avec votre code d'activation pour créer vos comptes, dès la souscription de votre contrat santé. Profitez-en, vous pouvez en bénéficier dès la création de votre compte, et ce même si votre contrat n'a pas encore débuté !



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 Santiane

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 deuxiemeavis.fr



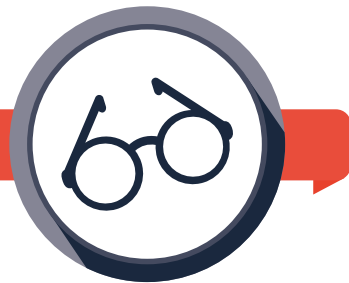
Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



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**

NOTRE SOLUTION POUR VOTRE VISION



Kalixia vous offre la garantie de prestations de qualité et vous permet de bénéficier de son réseau de plus de 5100 opticiens partenaires qui vous garantissent le meilleur rapport qualité/prix pour vos lunettes afin de maîtriser votre budget optique.



VOUS PROFITEZ DES CONDITIONS DE SERVICES ET DES GARANTIES DU RÉSEAU KALIXIA :



Tarifs préférentiels pour vous

Le réseau Kalixia vous offre les meilleurs tarifs auprès des opticiens partenaires, vous permettant d'avoir accès à un large choix d'équipements intégrant les dernières innovations.



20% minimum sur le prix des verres et des lentilles

Jusqu'à 30% de réduction sur les verres, 20% sur les lentilles et les montures. Accessibles dans le réseau optique Kalixia à tout assuré qui en fait la demande, les **Offres Malin** vous permettent de ne pas avoir de reste à payer sur une sélection de verres.



Tiers payant dématérialisé

L'opticien communique en temps réel l'accord de prise en charge et indique l'éventuel montant restant à votre charge. Vous n'avancez ni la part du Régime Obligatoire ni la part remboursée par la complémentaire, vous ne payez que votre reste à charge.



Services de qualité du réseau Kalixia disponibles dans les 5 100 opticiens partenaires :

- **Verres et lentilles de qualité supérieure** (65% des verres vendus sont de toute dernière génération et 77% sont équipés d'antireflets très haut de gamme)
- **Choix parmi plus d'1 million de verres et lentilles de marques référencées**
- **Opticien partout sur le territoire français** (facilement localisable grâce à l'outil de géolocalisation sur votre espace client Internet)
- **Service personnalisé** : examen de la vision, conseil, service après-vente haut de gamme...



Bénéficiez également du réseau Kalixia audio avec des prestations de qualité auprès de plus de 3 400 centres d'audioprothésistes

- Des réductions tarifaires importantes
- Une prestation tout compris
- Un service personnalisé et un suivi régulier



Produit co-conçu 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).

Produit co-conçu et assuré par **MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS** – 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.

Produit : **NÉOSANTÉ**

Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé Néosanté est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative 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 respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables.

Le produit Néosanté 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

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 thermale 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) ;
- ✓ Réseaux de soins Kalixia en optique et audioprothèses (tarifs négociés et reste à payer minime).

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 ?

- ✗ 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 »).

Principales restrictions relatives au contrat responsable :

- ! Participation forfaitaire de 1 € sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! Franchise de 2 € sur les transports sanitaires.
- ! Franchise de 0,50 € 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 :

- ! 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.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

- ✓ Les prestations du contrat sont accordées à tout assuré résidant habituellement en France métropolitaine ou dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte).
- ✓ Elles sont acquises uniquement en cas d'accident ou de maladie inopinée aux assurés résidant en France métropolitaine ou dans les DROM 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 métropolitaine (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 métropolitaine ou dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte) ;
- 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 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 par la Mutuelle de la notification de l'adhérent.
- En cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations 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 : **Santiane – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
- Par courriel à **www.santiane.fr/service-client** rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

ORYS PRUDENCE ACCIDENT**INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION SUITE À UN ACCIDENT**

Un accident engendrant une hospitalisation arrive soudainement sans que l'on ne soit préparé. Pour faire face sereinement à cette éventualité, bénéficiez du versement d'une **allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident**. Orys Prudence Accident IJH vous garantit contre ces dépenses imprévues.

ADHÉRENT	ALLOCATION
THOMAS THIBAUT	110€/jour

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS
D'HOSPITALISATION SUITE À UN ACCIDENT

- Versement d'une allocation journalière
- Aucune formalité médicale
- Franchise de 24 heures
- Durée maximum d'indemnisation : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 75 ans inclus

LES SERVICES DE L'ASSISTANCE PRÉVOYANCE**IMA ASSURANCES**

Grâce à l'assistance IMA incluse dans votre garantie Indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident bénéficiez d'un accompagnement complet.

DÈS L'ADHÉSION :

- 📞 Informations médicales
(Hospitalisation, vaccins, médicaments, sommeil, stress...)

EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL ENTRAÎNANT UNE
HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS :

- 📞 Aide à domicile
- 📞 Prise en charge des enfants de moins de 16 ans
(déplacement d'un proche au domicile ou transfert des enfants chez
un proche ou garde des enfants au domicile)



Votre assistance IMA vous accompagne au quotidien dans les imprévus de la vie.
Bénéficiez d'une prise en charge en contactant un conseiller.
Et cela, 24H/24 7 jours/7.

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance



Concepteurs :

Distribué et co-conçu par **NÉOLIANE SANTÉ** (marque **Orys Santé**), 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza – 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.

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.

Assisteurs : IMA ASSURANCES - SA au capital de 7 000 000 euros - régie par le code des assurances - 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9 - 481 511 632 RCS Niort.

Produit : ORYS PRUDENCE ACCIDENT - Garantie indemnités journalières hospitalières en cas d'accident

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. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de garantie sont détaillés dans la notice d'information.

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

Le produit Orys Prudence Accident est un contrat d'assurance à adhésion facultative individuelle, composé de deux garanties; une garantie décès / PTIA en cas d'accident et une garantie indemnités journalières hospitalières en cas d'accident.

La garantie indemnités journalières hospitalières (IJH) en cas d'accident a pour but le versement d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation suite à un accident de l'assuré. La garantie décès / PTIA en cas d'accident fait l'objet d'une autre fiche IPID.



Qu'est ce qui est assuré ?

Le montant des prestations figurent dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

La garantie systématiquement prévue est la suivante :

✓ Indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident dont le montant, choisi par l'adhérent à l'adhésion, peut aller de 20 à 150 euros par jour.

L'accident est défini dans la documentation contractuelle.

✓ L'assistance (Aide-ménagère, prise en charge des enfants ou enfants handicapés, informations médicales dans certains domaines)

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'un accident
- ✗ Les hospitalisations à domicile
- ✗ Les hospitalisations de moins de 24 heures consécutives
- ✗ Les séjours dus à une convalescence ou un séjour en soins de suite et réadaptation, en maison de repos, d'hébergement, de plain air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux, et climatiques, les hospices, ou hôpitaux psychiatriques, les instituts médico-pédagogiques, les services de gériatrie, les établissements de cures
- ✗ Les adhésions multiples
- ✗ Les hospitalisations ayant débuté avant la période de validité du contrat



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

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- ! Des tentatives de suicide ;
- ! Des accidents de la navigation aérienne ou des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! Des accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, la pêche ou la plongée sous-marine...

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! L'indemnité journalière est versée pour toute hospitalisation de plus de 24 heures consécutives et dans la limite de 365 jours pour tout accident garanti.
- ! Plusieurs hospitalisations successives pour un même accident, sont considérées comme un seul événement et la durée maximale d'indemnisation est de 365 jours.
- ! L'indemnité journalière n'est pas versée pour les journées d'entrée et de sortie de l'hôpital.
- ! L'hospitalisation doit avoir lieu dans les 30 jours suivant l'accident garanti

Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Dans les établissements hospitaliers en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) ;
- ✓ Les hospitalisations hors de la France sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours à l'étranger de moins de trois mois consécutifs, et dans la limite de 90 jours d'indemnisation.



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 :

A la souscription du contrat :

- Être membre de l'association GPST ;
- L'adhérent et/ou son conjoint ou concubin ou partenaire de PACS doit être âgé(s), à la date de prise d'effet du contrat, d'au moins 18 ans et de 70 ans maximum ;
- Les enfants : doivent être âgés de moins de 28 ans ;
- Être résidents, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine ;
- Compléter, dater et signer la demande d'adhésion ;
- Régler la première périodicité de paiement indiquée sur la demande d'adhésion.

En cours de contrat :

- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cas de sinistre :

- Se soumettre à tout contrôle médical ;
- Informer l'assureur de tout accident, entraînant une hospitalisation ;
- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

En cas d'une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet, sous réserve du bon encaissement de la 1^{ère} cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, au plus tôt le 3^e jour qui suit la réception de la demande d'adhésion complète. Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an. L'adhésion est renouvelée chaque année civile, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties. En cas de vente à distance ou de démarchage, l'assuré 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.

Les garanties prennent automatiquement fin :

- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions d'adhésion définies au Contrat ;
- à la date à laquelle l'assuré n'est plus membre de l'association ;
- en cas de décès de l'Adhérent ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans de l'Adhérent ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans du conjoint ou concubin ou partenaire de PACS ;
- au 31 décembre de l'année des 28 ans de l'enfant à charge ;
- au jour de la dénonciation de l'adhésion.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit son adhésion, à chaque échéance de contrat, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance, par écrit simple ou en main propre à l'adresse postale suivante : Orys Santé ; 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza, 06200 Nice ou soit sur le site internet à l'adresse suivante : <http://www.santiane.fr/service-client> puis dirigez-vous vers la rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter».

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

3. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Informations générales

Santiane.fr est intermédiaire en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 07 006 282 et exerçant sous le statut de Courtier dit de "catégorie b" au sens de l'article L. 521-2-II du Code des assurances (vous trouverez ces informations sur le site de l'ORIAS, à l'adresse www.orias.fr). Conformément à notre statut de Courtier de "catégorie b", qui implique que notre cabinet n'est pas en mesure de fonder son analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurances offerts sur le marché, le contrat que nous vous proposons est issu des organismes assureurs partenaires de notre cabinet. Vous pouvez obtenir leur nom sur simple demande auprès de notre cabinet. Santiane.fr est entièrement indépendant et nous n'avons aucun lien capitalistique avec un organisme d'assurance.

Ce devis et le(s) contrat(s) proposé(s) sont soumis à la législation française.

En cas de réclamation

Pour toute réclamation, nous vous recommandons de contacter notre cabinet en formulant votre demande sur www.santiane.fr/service-client ou par voie postale à l'adresse suivante : Santiane.fr – Service Qualité – 455 Promenade des Anglais – 06200 Nice ou, dans la mesure où votre réclamation concerne directement le contrat d'assurance, le service "Réclamations" de l'assureur à l'adresse figurant sur la notice d'information.

Dans tous les cas, nous nous engageons à répondre, par mail ou par courrier, dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation. Si la réponse ne peut être apportée dans ce délai, un accusé de réception vous sera adressé puis une réponse vous sera faite dans les 60 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Vous avez également la possibilité de contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution à l'adresse suivante : 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Après la souscription, vous pouvez également formuler votre réclamation auprès des différents interlocuteurs listés dans les conditions générales du contrat (service qualité de l'assureur et médiateur).

Droit de renonciation

Ce contrat, est souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L.221-18 du Code de la Mutualité). Dès lors, vous disposez d'une faculté de renonciation au contrat dans un délai, défini dans les Conditions Générales de votre contrat. Cette renonciation peut être faite, après vérification que vous êtes encore dans les délais, en ligne sur www.santiane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter », ou par courrier à l'adresse suivante : Santiane.fr - Service Clients - 455 - Promenade des Anglais - Nice Plaza – 06200 NICE. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation inclus dans les conditions générales valant notice d'information.

Conséquence de la demande de prise d'effet immédiate de la garantie

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, dans le cas où la garantie prévue par le contrat a pris effet immédiatement à la date de conclusion du contrat conformément à votre demande, la cotisation dont vous êtes redevable en contrepartie de la prise d'effet immédiate de la garantie prévue par le contrat avant expiration du délai de renonciation (tel que défini au paragraphe précédent), est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et votre éventuelle renonciation intervenue avant l'expiration du délai de renonciation.

Transparence de la rémunération

Dans le cadre de la commercialisation des contrats d'assurance, nous sommes rémunérés sur la base d'une commission, c'est à dire une rémunération incluse dans la cotisation d'assurance du contrat souscrit.

Traitement des données personnelles

Les données personnelles recueillies pour établir cette proposition sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre demande d'assurance et sont destinées à nos services internes. Elles peuvent également être transmises à des fins commerciales et de gestion, sauf refus de votre part, aux autres sociétés du Groupe Santiane* et à nos sous-traitants situées en France ou à l'étranger (Union Européenne ou hors Union Européenne). Ces données seront conservées pour les durées de prescription légale applicables. Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification de ces données, en nous contactant sur www.santiane.fr/service-client ou par courrier à l'adresse suivante : Santiane.fr - 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza - 06200 NICE.

*GIE SANTIANE, GROUPE SANTIANE HOLDING, NEOLIANE SANTE

Santiane.fr - www.santiane.fr - Siège social : 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza, 5e - 06200 Nice - Établissement : 38-40 avenue des champs Elysées - 75008 Paris
Santiane est la dénomination commerciale de Santiane.fr - SAS au capital de 2.000.000 € courtier en assurance - RCS Nice : 489649897 - Immatriculé à l'ORIAS : 07 006 282 - www.orias.fr. Il opère sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. - Santiane.fr exerce son activité en qualité de courtier de catégorie b en application de l'article L. 521-2-II b du Code des Assurances (la société n'est pas en mesure de fonder son analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché) et n'a aucun lien capitalistique avec un assureur partenaire.

Réclamation : www.santiane.fr/service-client rubrique « Réclamations » ou par courrier : Santiane.fr - Service Qualité - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza, 5e - 06200 Nice.

4. TAUX DE FRAIS DE GESTION ET DE REDISTRIBUTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2020
Taux de redistribution ⁽¹⁾	74,98%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	18,32%

(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.

5. ENGAGEMENTS

- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion du (des) contrat(s) d'assurance proposé(s) ci-dessus, et avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des risques ainsi que des garanties proposées.
- ✓ Je déclare sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de la demande, plus particulièrement la catégorie socioprofessionnelle indiquée pour l'ensemble des adhérents.
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance des informations complémentaires décrites dans la partie 3, notamment le traitement des données personnelles.
- ✓ J'ai pris connaissance du fait que ce devis est délivré à titre indicatif sur la base des informations que j'ai communiquées, et qu'il ne constitue en rien un engagement contractuel.
- ✓ Je reconnais ne pas bénéficier de la CMU (Couverture Maladie Universelle) à ce jour.
- ✓ Je déclare avoir été informé(e) que Santiane peut se charger de résilier en mon nom et pour mon compte mon contrat d'assurance actuel, sous réserve de la signature d'un mandat de résiliation.