

Néoliane
s a n t é

Notice d'information

valant Dispositions Générales + Assistance Néoliane Santé IMA

Garanties Frais de santé
Opérations collectives à adhésion facultative

Néoliane ESSENTIEL +

“ Les bonnes garanties, au juste prix ! ”



De bonnes garanties, au juste prix

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base des Régimes Obligatoires (RO).

Hospitalisation secteur conventionné	100	125	150	175	200	225
Frais de séjour	100 %	125 %	150 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chirurgie et anesthésie	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	Néant	25 € / jour	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	65 € / jour
Lit accompagnant	Néant	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hospitalisation secteur non conventionné	100	125	150	175	200	225
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Dentaire	100	125	150	175	200	225
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses et orthodontie acceptées par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
Prothèses dentaires non acceptées : implantologie, parodontie	Néant	125 € / an	150 € / an	175 € / an	200 € / an	225 € / an
Plafond dentaire : année 1	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	700 €	900 €
Plafond dentaire : année 2 et années suivantes	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	1 000 €	1 200 €
Optique acceptée par le RO	100	125	150	175	200	225
Forfait optique annuel	75 €	150 €	175 €	200 €	250 €	275 €
Report de 50 % si non utilisé une année, soit sur 2 ans ⁽²⁾	112,50 €	225 €	262,50 €	300 €	375 €	412,50 €
Réfraction de l'oeil - Inclus au forfait optique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Consultation et pharmacie	100	125	150	175	200	225
Pharmacie (vignettes blanches, bleues et oranges)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes ⁽³⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Actes techniques médicaux et actes de spécialité	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Imagerie médicale et biologie médicale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait ostéopathie, chiropractie (limité à 25 € / acte)	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	150 € / an
Services	100	125	150	175	200	225
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national - Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance - Néoliane Santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés : au maximum 30 jours par an et par assuré.

(2) Si l'assuré ne perçoit aucune prestation optique pendant la première année d'adhésion, alors le montant du forfait optique est majoré de 50 % l'année suivante, la majoration du forfait reste acquise à l'assuré tant qu'il ne perçoit pas de prestation optique.

(3) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.

- Aucun délai de stage pour toutes les formules (maternité 9 mois à 100 % pour les honoraires chirurgicaux).
- Aucun questionnaire médical.
- -4 % pour un tarif couple ; -6 % si au moins 1 enfant (monoparentale ou couple) ; -10 % pour les TNS et Exploitants Agricoles.
- Gratuité du 3^{ème} enfant, payant à compter du 4^{ème}.
- L'Assureur des garanties est la Mutuelle UMC (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité).
- 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, en aucun cas la Mutuelle UMC ne peut rembourser ce montant d'honoraires. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité Sociale et le secteur conventionné.
- Vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) - Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévus à l'art. L 322-2 du code de la Sécurité Sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

		100	125	150	175	200	225
Consultation d'un médecin spécialiste Secteur 2 sur avis de votre médecin traitant	40 €	22€ 18€	22€ 18€	27€ 13€	33€ 7€	39€ 1€	39€ 1€
Achat d'une paire de lunettes, si vous changez vos lunettes tous les 2 ans	350 €	112,5€ 237,5€	225€ 125€	262,5€ 87,5€	300€ 50€	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soin dentaire : détartrage codifié SC12	28,92 €	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Pose d'un inlay-core codifié SPR 67	320 €	144€ 176€	180€ 140€	216€ 104€	252€ 68€	288€ 32€	Remboursement intégral
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an	860 €	387€ 473€	483€ 377€	580€ 280€	677€ 183€	774€ 86€	Remboursement intégral
Chirurgie : pose d'une prothèse de hanche	900 €	459€ 441€	574€ 326€	689€ 211€	804€ 96€	Remboursement intégral	Remboursement intégral

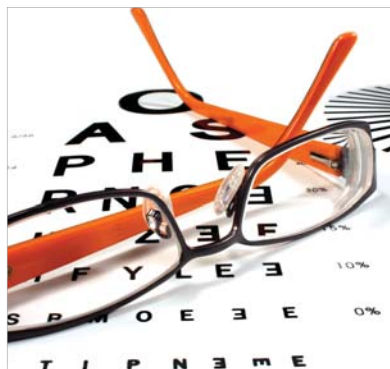
Légende

 Votre remboursement
 Votre reste à charge

Définitions pour faciliter votre lecture

- 1 € de participation forfaitaire**
 Cette contribution de 1 € n'est ni remboursée par votre Régime Obligatoire, ni par votre mutuelle. Elle reste à votre charge.
- Base de Remboursement (BR)**
 Montant préalablement fixé par votre Régime Obligatoire, il sert de base de calcul pour vos remboursements de Régime Obligatoire et complémentaires. 100% signifie 100% de la base de remboursement.
- Chambre particulière**
 Prestations de confort où votre chambre d'hôpital est privative. Cette prestation n'est pas prise en charge par votre Régime Obligatoire.
- Date d'effet**
 Date à laquelle débute votre adhésion.
- Dépassement d'honoraire**
 Si votre médecin vous facture la consultation plus cher que la base de remboursement, il pratique un dépassement d'honoraire.
- Ostéopathie**
 Discipline qui traite le système musculo-squelettique. L'ostéopathie est une médecine naturelle, elle n'est pas prise en charge par votre Régime Obligatoire.
- Régime Obligatoire (RO)**
 Régime légal d'assurance maladie auquel vous êtes obligatoirement affilié.
- Reste à charge**
 Ce qu'il vous reste à payer après les remboursements de votre Régime Obligatoire et les remboursements de votre complémentaire.

Des prestations à un prix compétitif



Avantages optique

Avec les formules **ESSENTIEL +**, vous bénéficiez du report du forfait optique de 50 % s'il n'est pas utilisé la première année. Soit un montant remboursé pouvant aller jusqu'à 412,50 €.



Plus de remboursements en pharmacie

Néoliane ESSENTIEL+ rembourse toutes les vignettes en pharmacie, y compris les vignettes oranges. Il n'y a plus d'excuses pour bien se soigner !

Jusqu'à
150 € / an



Prise en charge de la médecine naturelle

Les formules **ESSENTIEL +** vous remboursent jusqu'à 150 € par an pour les médecines naturelles (ostéopathie et chiropractie).



Des tarifs préférentiels

Économisez, dès l'adhésion, grâce aux réductions pour les couples (4 %), les familles (6 %) et les travailleurs indépendants (10 %).



Pas de formalité à l'adhésion

L'adhésion à nos formules se fait sans délai d'attente et sans questionnaire médical pour que chacun bénéficie de garanties complètes et innovantes.



Assistance à tout instant

Avec Inter Mutuelles Assistance (IMA), vous bénéficiez du N° 1 de l'assistance en France pour une qualité de service optimale.

Ils ont trouvé une mutuelle adaptée à leurs besoins



Alex et Julie, 30 et 31 ans, « Avec la formule Néoliane **ESSENTIEL+ 175**, nous bénéficions de garanties confortables »

- ✓ 200 € pour l'optique acceptée
- ✓ Un remboursement des dépassements d'honoraires chez les médecins généralistes et spécialistes
- ✓ 5 séances d'ostéopathie et chiropractie

Fabien et Aline, 41 et 34 ans et leurs 3 enfants, « Toute la famille profite de la couverture Néoliane **ESSENTIEL+ 225** »

- ✓ Un remboursement de la chambre particulière à la maternité
- ✓ Une couverture confortable pour l'orthodontie enfants
- ✓ Un forfait optique de 412,50 € tous les 2 ans
- ✓ Une réduction familiale pour le 3^{ème} enfant



Jessica, 22 ans, étudiante « Je fais de vraies économies depuis que j'ai souscrit la formule Néoliane **ESSENTIEL+ 100** ! »

- ✓ 50 € de forfait pour les séances d'ostéopathie et chiropractie
- ✓ 100% sur les consultations de médecins
- ✓ Un prix ultra-compétitif

André, 78 ans, retraité « J'ai choisi Néoliane **ESSENTIEL+ 150** pour assurer ma santé »

- ✓ Un remboursement de toutes les vignettes en pharmacie
- ✓ 175 € pour les lunettes
- ✓ Un contrat garanti à vie grâce à la garantie viagère



Notice d'information

Chapitre 1 – Objet de votre notice d'information Néoliane ESSENTIEL+	7
Article 1. Description	7
Chapitre 2 – Votre adhésion à Néoliane ESSENTIEL+	7
Article 2. Qui peut adhérer et bénéficier de la garantie Néoliane ESSENTIEL+	7
Article 3. Quelles sont les conditions et formalités d'adhésion ?	7
Article 4. Quand prend effet votre adhésion et quelle est sa durée ?	7
Article 5. Quels documents vous sont remis et comment se matérialise votre adhésion ?	7
Chapitre 3 – Vos remboursements	7
Article 6. Étendue territoriale de la garantie	7
Article 7. Contrôle des dépenses et Expertise	7
Article 8. Procédure d'Expertise	7
Article 9. À quels remboursements avez-vous droit ?	7
Article 10. Comment obtenir vos remboursements ?	7
Article 11. Ce que ne couvre pas votre garantie	7
Chapitre 4 – Les services auxquels vous avez droit	8
Article 12. Le tiers payant	8
Article 13. Suivi des remboursements sur www.neoliane-sante.fr/adherents	8
Chapitre 5 – Vos obligations	8
Article 14. Quelles sont vos obligations ?	8
Chapitre 6 – Vos cotisations	8
Article 15. Quel est le montant de votre cotisation ?	8
Article 16. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation ?	8
Chapitre 7 – Divers	8
Article 17. Changement de formule	8
Article 18. Ajout ou sortie de Bénéficiaire	8
Article 19. Révision en cas de modification législative ou réglementaire	8
Article 20. Quand se termine votre adhésion ?	9
Article 21. Effet de cette dénonciation	9
Article 22. Droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile	9
Article 23. Prescription	9
Article 24. Informatique et libertés	9
Article 25. Informations légales	9
Article 26. Contrôle	9
Article 27. Examen des réclamations et procédure de médiation	9
Article 28. Droit et langue applicable	9
Annexe - Convention d'assistance Néoliane Santé IMA	10

Chapitre 1 - Objet de votre Notice d'information Néoliane ESSENTIEL+

Article 1. Description

Cette notice d'information valant Dispositions Générales a pour objet de décrire les conditions et modalités de fonctionnement de votre garantie frais de santé.

L'association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 91, rue du Faubourg Saint - Honoré - 75008 PARIS - a souscrit la garantie **Néoliane ESSENTIEL+** pour le compte de ses membres auprès de la Mutuelle UMC dont le siège social se trouve 35, rue Saint-Sabin - 75011 Paris - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007 - soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel : 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

La garantie **Néoliane ESSENTIEL+** est composée de 6 formules indépendantes les unes des autres.

Vos garanties sont « responsables » au sens de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En conséquence, vos niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement. En ce cas, l'assureur peut être amené à réactualiser les tarifs. Si votre Régime Obligatoire est celle des Travailleurs Non Salarisés Non Agricoles et que vous remplissez les conditions pour bénéficier du régime de déduction sociale dit « Madelin », les garanties sont éligibles aux avantages fiscaux de la loi Madelin. (Loi du 11 février 1994).

Ne pourront bénéficier de la déductibilité fiscale Madelin que les cotisations afférentes à vos ayants droits considérés comme tels au sens du régime d'assurance maladie maternité des TNS (Travailleurs Non Salarisés). Sur le plan pratique, ces personnes doivent figurer en tant qu'ayant droit sur votre carte d'Assuré social du TNS.

Chapitre 2 - Votre adhésion à Néoliane ESSENTIEL+

Article 2. Qui peut adhérer et bénéficier de la garantie Néoliane ESSENTIEL+

L'adhésion est réservée aux personnes physiques adhérentes à l'association GPST, relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire âgées de 79 ans et moins. Les personnes physiques qui sont adhérentes avant ou à 79 ans peuvent rester adhérentes tant qu'elles le souhaitent sans limite d'âge.

Votre conjoint et vos ayants droit nommément désignés à la demande d'adhésion, peuvent bénéficier également de la garantie. La formule de garantie choisie s'applique aux éventuels ayants droit.

Article 3. Quelles sont les conditions et formalités d'adhésion ?

Vous remplissez la demande d'adhésion **Néoliane ESSENTIEL+**, sur laquelle vous mentionnez la formule choisie. Vous joignez à cette demande les pièces qui vous sont demandées sur la demande d'adhésion. Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion à la garantie **Néoliane ESSENTIEL+**, quelle que soit la formule choisie. Aucun délai d'attente sur l'ensemble des garanties.

En adhérant à **Néoliane ESSENTIEL+**, vous devenez adhérent de l'Association GPST. À ce titre, un exemplaire des statuts de l'Association vous est remis lors de votre adhésion.

Article 4. Quand prend effet votre adhésion et quelle est sa durée ?

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au premier jour du mois en cours, si elle est réceptionnée au plus tard le 15 du mois et reportée au 1^{er} du mois suivant passé ce délai.

Vous pouvez résilier votre adhésion un an après la date d'effet des garanties, moyennant un préavis de deux mois puis au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis d'une durée identique, ou le préavis défini par toutes nouvelles lois qui pourraient apparaître.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf en cas de dénonciation dans les conditions de l'article 20 de la présente notice d'information. Votre âge est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Article 5. Quels documents vous sont remis et comment se matérialise votre adhésion ?

L'acceptation de votre adhésion à **Néoliane ESSENTIEL+** est matérialisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion et d'une carte de tiers payant mentionnant notamment l'identité des personnes garanties et la date d'effet de l'adhésion.

La formule que vous choisissez est mentionnée au sein de la demande d'adhésion. Le tableau des garanties est inséré au début de cette notice d'information.

Un exemplaire des statuts de l'Association GPST vous est remis lors de votre adhésion.

Chapitre 3 - Vos remboursements

Article 6. Étendue territoriale de la garantie

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

Article 7. Contrôle des dépenses et Expertise

Contrôle et Expertise

- Le médecin-conseil de l'Assureur peut demander à l'Assuré tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.
- À peine de déchéance, vous devez lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de votre médecin, et vous soumettre à toute

expertise médicale éventuelle.

Au regard du résultat de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de notre prise en charge.

De convention expresse, l'Assuré reconnaît à l'Assureur, le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Assuré, l'Assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Article 8. Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Assuré pour pouvoir constater médicalement son état. Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert désigné par l'Assureur, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

Article 9. À quels remboursements avez-vous droit ?

Le tableau des garanties est inséré au début de cette notice d'information.

Votre garantie a pour objet de vous rembourser, en tout ou partie, le cas échéant, les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'exams de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à votre charge après intervention du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement et les bases de remboursement du Régime Obligatoire pris en considération sont ceux applicables à la date des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Conformément à la loi du 13 Août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance Maladie et à l'ensemble des décrets et conventions s'y rapportant, les garanties remboursent au moins deux prestations de prévention parmi la liste établie par l'arrêté du 8 Juin 2006.

Article 10. Comment obtenir vos remboursements ?

Le versement de vos prestations vous est adressé directement, sur la base des décomptes que nous transmet directement votre Régime Obligatoire.

Si votre Régime Obligatoire ne peut pas nous transmettre directement votre décompte, vous devez nous envoyer les originaux des décomptes de remboursement du Régime Obligatoire, et le cas échéant, des pièces originales justificatives ci-après mentionnées.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels engagés, vous y joignez les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le Régime Obligatoire.

Vous devez adresser vos demandes de remboursements à l'adresse suivante du Gestionnaire :

Mutua Gestion – Néoliane Santé
BP 90051
54 bis av. Jacques Douzans
31602 MURET Cedex
Tél : 05 61 43 83 83

Article 11. Ce que ne couvre pas votre garantie

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Certaines de vos prestations peuvent comporter un plafond garanti annuel et par bénéficiaire.

En qualité de contrat responsable, sont exclus :

- la participation forfaitaire d'un euro, mentionnés au II de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale (participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et les actes de biologie) ;
- la majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur si l'assuré consulte en dehors du parcours de soins) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (si l'Assuré consulte certains spécialistes en dehors du parcours de soins) ;
- les franchises mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale (0,50 € sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

Sont exclus des garanties :

- sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale ;
- sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions figurant aux

Notice d'information (suite)

nomenclatures des actes et prescriptions de la Sécurité sociale mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celle-ci ;

- les frais afférents à des hospitalisations dites de moyen et long séjour, les frais de chambre particulière relatifs à des séjours en établissement de convalescence, de repos et de rééducation ;
- les frais relatifs aux séjours en établissements de convalescence, de repos ou de rééducation non consécutifs à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- les frais relatifs aux séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux ;
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques dans des hôpitaux ou cliniques non conventionnés ;
- les hospitalisations liées : à une opération de chirurgie esthétique, à un traitement d'amaigrissement ou à un traitement pour troubles du sommeil ;
- les séjours en établissements diététiques, maisons de retraite et hospices ;
- les frais engagés pour des cures en stations thermales non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Limitations des remboursements :

Par année d'adhésion, seules trois consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées effectuées par l'assuré hors parcours de soins seront prises en charge.

Chapitre 4 - Les services auxquels vous avez droit

Article 12. Le tiers payant

Le tiers payant offre la possibilité de ne pas effectuer d'avance de frais de santé chez de nombreux professionnels (pharmaciens, radiologues, laboratoires d'analyses, cliniques, hôpitaux, opticiens etc.). Vous trouverez la liste détaillée sur www.viamedis.fr. Pour en bénéficier, il suffit de présenter à son professionnel de santé la carte vitale et la carte de tiers payant.

Si le tiers payant est effectué uniquement sur la part Sécurité sociale, il est nécessaire pour être remboursé d'adresser au centre de gestion le décompte Sécurité sociale accompagné du reçu ou de la facture dite subrogatoire.

Les cartes de tiers payant sont annuelles, elles vous sont adressées automatiquement. En cas de perte ou de vol de cartes de tiers payant, la demande de renouvellement devra être confirmée par écrit (courrier, fax, e-mail), afin d'éviter toute poursuite de la part des professionnels de santé si lesdites cartes étaient utilisées frauduleusement.

Les nouvelles cartes seront adressées sous 15 jours.

La carte Viamédis de tiers payant que nous vous remettons vous donne la possibilité, à vous, ou à un membre de votre famille pour lequel vous cotisez, de ne faire aucune avance d'argent pour :

- des achats de médicaments dans les pharmacies ;
- des dépenses chez les opticiens conventionnés ;
- des soins médicaux dans les centres conventionnés ;
- une hospitalisation chirurgicale à l'hôpital ou en établissement hospitalier conventionné.

Article 13. Suivi des remboursements sur www.neoliane-sante.fr/adherents

En tant qu'adhérent, vous avez accès à un espace personnel vous permettant de consulter vos remboursements en ligne sur un accès dédié à l'adresse internet suivante : www.neoliane-sante.fr/adherents.

Chapitre 5 - Vos obligations

Article 14. Quelles sont vos obligations ?

Le contrat est établi d'après vos déclarations. Elles sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et vous devez nous fournir des réponses exactes.

En cas de modification, vous devez nous déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement notamment :

- un changement d'état civil ;
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire ;
- un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an ;
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit ;
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement de vos cotisations et/ou le virement de vos prestations.

Ces événements doivent nous être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle nous cause un préjudice, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant notre appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la cotisation payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en vous restituant le prorata de cotisation ou augmenter la cotisation à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de cotisation payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si nous avions eu connaissance exacte de la situation de l'Assuré.

Vous devez également :

- nous informer de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en

cause la responsabilité d'un tiers, l'Assureur étant subrogé de plein droit dans vos droits ou ceux de vos ayants droit dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées ;

- régler votre cotisation ;
- nous informer lorsque vous bénéficiez d'une garantie de même nature ;
- nous restituer votre carte de tiers payant, en cas de résiliation de votre adhésion.

Chapitre 6 - Vos cotisations

Article 15. Quel est le montant de votre cotisation ?

Votre cotisation est due pour l'année en cours. Elle est payable d'avance selon un fractionnement indiqué dans votre demande d'adhésion.

La cotisation indiquée au certificat d'adhésion est établie selon les déclarations de l'adhérent à l'adhésion relatives à la formule choisie, au Régime Obligatoire, à la composition familiale et à son lieu d'habitation.

Au premier janvier de chaque année, en dehors de l'évolution de la cotisation en fonction de l'âge atteint chaque année par l'Assuré calculée par différence de millésimes, l'Assureur réévaluera le montant des cotisations en fonction des résultats techniques de la garantie **Néoliane ESSENTIEL*** et de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené en cours d'année à procéder à une réactualisation des tarifs. Le décès de l'adhérent ne donne pas droit au remboursement de la cotisation pour le mois civil en cours.

Article 16. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation ?

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, il sera adressé à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps :

- la suspension de votre garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre ;
- la suspension vous fait perdre ainsi qu'aux autres bénéficiaires mêmes si la cotisation a été acquittée ultérieurement, le droit aux prestations pour les soins reçus et les frais engagés pendant cette période, ainsi que pour les hospitalisations ayant débuté pendant cette période ;
- la résiliation de votre adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

L'envoi de cette lettre de mise en demeure est indépendant du droit de l'Assureur de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice. Si vous payez la cotisation due avant que votre adhésion ne soit résiliée, votre garantie reprend effet le lendemain à midi du jour du paiement.

Chapitre 7 - Divers

Article 17. Changement de formule

Le changement de formule est possible à la hausse et s'effectue au 1^{er} janvier à condition d'en faire la demande avant le 30 novembre et que l'adhésion à la formule précédente ait au moins duré 12 mois. Le changement de formule à la hausse se fait palier par palier et le changement de formule à la baisse n'est pas possible, sauf justifié par une situation exceptionnelle et limité à une seule fois au cours de l'adhésion.

Article 18. Ajout ou sortie de Bénéficiaire

Vous avez la possibilité de nous demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date anniversaire du contrat, en nous prévenant deux mois à l'avance.

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition ou la perte de la qualité d'ayant droit, vous devrez nous adresser une demande écrite à cet effet :

- dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption ;
- dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de votre contrat prendra alors effet :

- à la date de naissance du nouveau-né ;
- à la date de jugement d'un enfant adopté ;
- à la date de l'union avec votre conjoint ;
- à la date de séparation ou de divorce ;
- à la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation) ;
- à la date du décès ;
- à la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si votre demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si des prestations vous ont été versées au-delà de ce délai, nous pourrions vous demander le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un de vos ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'événement constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

Article 19. Révision en cas de modification législative ou réglementaire

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement du Régime Obligatoire entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, l'Assureur

peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que de l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

Article 20. Quand se termine votre adhésion ?

Vous pouvez rompre votre adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée adressée au gestionnaire à chaque échéance annuelle moyennant le respect d'un préavis de deux mois ou le préavis défini par toutes nouvelles lois qui pourraient apparaître.

En cas de modifications apportées à vos droits et obligations, vous pouvez, dans un délai d'un mois à compter respectivement de l'envoi de la nouvelle notice ou de l'avenant de révision tarifaire, dénoncer votre adhésion par lettre recommandée.

En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, tant l'Assureur que vous-même pouvez dénoncer votre adhésion. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet le dernier jour du mois qui suit le mois de réception de sa notification.

Article 21. Effet de cette dénonciation

La dénonciation de votre adhésion intervient au 31 décembre de l'exercice considéré en principe et vous ainsi que vos ayants-droit, cessez d'être assurés. Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par l'Assureur.

Article 22. Droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile

Si vous avez adhéré à **Néoliane ESSENTIEL+** à distance :

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où votre adhésion a pris effet.

Si vous avez adhéré à **Néoliane ESSENTIEL+** suite à un démarchage à domicile :

les dispositions suivantes issues de l'article L 112-9 du Code des assurances s'appliquent : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. » (date d'émission du certificat d'adhésion).

Dans ces deux cas, il vous suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception à Néoliane Santé - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza - 06200 Nice.

« Je soussigné(e) M. / Mme..... (Nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé et demande le remboursement des cotisations versées. Le..... (date et signature) ».

Vous serez remboursé(e) des sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas d'exercice de votre faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée.

Article 23. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité : le délai de prescription de toute action dérivant de votre garantie **Néoliane ESSENTIEL+** est de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 24. Informatique et libertés

Vous autorisez **Néoliane Santé** à communiquer les informations vous concernant dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur à ses réassureurs et à ses organismes partenaires aux fins de gestion de la garantie. Les informations qui sont collectées au sein de la demande d'adhésion sont nécessaires à la gestion de **Néoliane Santé**. Elles sont destinées à **Néoliane Santé** en tant que responsable du traitement et à Mutua Gestion, en tant que gestionnaire de votre garantie.

Elles ne seront utilisées pour des propositions commerciales uniquement de la part de **Néoliane Santé**.

Conformément à la loi informatique et libertés : loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous pouvez vous y opposer en cochant la case prévue à cet effet au sein de la demande d'adhésion, ou en écrivant à l'adresse suivante : adherents@neoliane-sante.fr.

Vous avez un droit d'accès, d'opposition et de rectification des informations vous concernant détenues par **Néoliane Santé** ou ses partenaires en nous adressant un courrier à l'adresse suivante : Néoliane Santé - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza 06200 Nice.

Article 25. Informations légales

La Mutuelle UMC est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007 dont le siège social se trouve 35, rue Saint-Sabin - 75011 Paris, est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et soumise au contrôle administratif de l'A.C.P (l'Autorité de Contrôle Prudentiel) situé au 61 rue Tailbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 26. Contrôle

Néoliane Santé et la Mutuelle UMC peuvent procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous faites parvenir.

Article 27. Examen des réclamations et procédure de médiation

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la Souscription ou en cas de sinistre, contactez votre intermédiaire privilégié **Néoliane Santé** à l'adresse suivante :

- par mail : adherents@neoliane-sante.fr ;
- ou par courrier : Service Clients Néoliane Santé - 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza - 06200 Nice.

Il est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes. En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : Mutuelle UMC - 35, rue Saint-Sabin - 75011 Paris.

Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible. Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre vous seront communiquées par la Mutuelle UMC.

Article 28. Droit et langue applicable

Les relations précontractuelles, contractuelles ainsi que la rédaction du contrat relèvent exclusivement de la langue française; la loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

Annexe - Convention d'assistance Néoliane Santé IMA

Annexe au contrat d'assurance pour l'assistance à domicile entre IMA Assurances et Néoliane Santé

1. Définitions	11
2. Vie du contrat	11
2.1 Durée des garanties	11
2.2 Résiliation	11
2.3 Subrogation	11
2.4 Prescription	11
2.5 Protection des données personnelles	11
2.6 Réclamation et médiation	11
3. Conditions d'application des garanties	11
3.1 Faits générateurs	11
3.2 Intervention	11
3.3 Pièces justificatives	11
4. Limitations, exclusions et déchéances à l'application des garanties	11
4.1 Délai de demande d'assistance	11
4.2 Infraction	11
4.3 Force majeure	11
4.4 Exclusions	12
5. Garanties en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation	12
5.1 Aide ménagère	12
5.2 Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire	12
5.3 Service de proximité	12
6. Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation	12
6.1 Aide ménagère en cas de séjour prolongé en maternité	12
6.2 Transfert & garde d'animaux domestiques	12
6.3 Fermeture du domicile quitté en urgence	12
6.4 Préparation du retour au domicile	12
6.5 Transfert post-hospitalisation chez un proche	12
7. Garanties complémentaires en cas d'immobilisation	12
8. Garanties complémentaires famille	12
8.1 Prise en charge des enfants, petits-enfants, (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un parent	12
8.2 Prise en charge des enfants et petits-enfants (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) hospitalisés ou immobilisés au domicile	13
8.3 Prise en charge des enfants et petits enfants (sans limite d'âge) hospitalisés ou immobilisés au domicile	13
8.4 Prise en charge des ascendants	13
9. Garanties complémentaires en cas de décès	13
9.1 Aide ménagère	13
9.2 Mise en relation avec un prestataire funéraire	13
9.3 Informations décès	13
10. Garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie	13
10.1 Ergothérapeute	13
10.2 Service travaux pour aménagement du domicile	14
10.3 Téléassistance	14
10.4 Enveloppe de services pour adhérent ou conjoint	14
10.5 Enveloppe de services pour enfants et petits enfants (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	14
11. Informations et conseils	14
11.1 Informations médicales	14
11.2 Prévention Nutrition Santé	14
11.3 Conseil Social	14
11.4 Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique	14
11.5 Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical	14
11.6 Assistance psychologique	14
Annexe à la convention d'assistance à domicile	15

1. Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Adhérent : souscripteur du contrat d'assurance **Néoliane Santé**.

Bénéficiaire des garanties d'assistance : tout adhérent à **Néoliane Santé** domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs fiscalement à charge.

Domicile : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

France : France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

Accident corporel : événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Hospitalisation : tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

Hospitalisation imprévue : hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Centre de convalescence : les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Animaux domestiques : les chiens et les chats.

Liste des pathologies lourdes : accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA Assurances.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 - Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACP 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

2. Vie du contrat

2.1 Durée des garanties

La période de validité du contrat souscrit par l'adhérent auprès de **Néoliane Santé**.

2.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son contrat **Néoliane Santé** pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA Assurances.

2.3 Subrogation

IMA Assurances est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA Assurances ; c'est-à-dire qu'IMA Assurances effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

2.4 Prescription

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA Assurances en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA Assurances a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA Assurances aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA Assurances en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA Assurances et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

2.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA Assurances afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA Assurances, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Mutua Gestion.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA Assurances, 118 avenue de Paris - 79000 Niort.

2.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances par courrier au 118 avenue de Paris - 79000 Niort ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 Paris. Son avis s'impose à IMA Assurances mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

3. Conditions d'application des garanties

3.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie ou de décès.

3.2 Intervention

IMA Assurances intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05.49.76.66.30.

IMA Assurances apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA Assurances se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes. L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA Assurances, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle.

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA Assurances pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

3.3 Pièces justificatives

IMA Assurances se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA Assurances pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

4. Limitations, exclusions et déchéances à l'application des garanties

4.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile ;
- la sortie d'une hospitalisation ;
- un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Pour les garanties mentionnées au point 10, le délai de demande d'assistance est de 1 mois à compter de la survenance de la pathologie ou de son aggravation. Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

4.2 Infraction

IMA Assurances ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

4.3 Force majeure

IMA Assurances ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements

Annexe - Convention d'assistance Néoliane Santé IMA (suite)

tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.4 Exclusions

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

5. Garanties en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours :

5.1 Aide ménagère

L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 20 jours.

5.2 Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire

IMA Assurances organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche (train 1^{re} classe ou avion classe économique).

IMA Assurances organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

5.3 Service de proximité

Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA Assurances se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison.

Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA Assurances prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande. Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

Portage d'espèces

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA Assurances organise et prend en charge :

- un transport aller-retour dans un établissement bancaire ;
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA Assurances dans un délai d'un mois.

Livraison de courses

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA Assurances prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA Assurances organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

Coiffure à domicile

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure, IMA Assurances organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

6. Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation

6.1 Aide ménagère en cas de séjour prolongé en maternité

En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité de l'adhérent ou son conjoint IMA Assurances, organise et prend en charge une aide ménagère.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra

excéder 20 heures, à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

6.2 Transfert & garde d'animaux domestiques

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 20 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

6.3 Fermeture du domicile quitté en urgence

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, IMA Assurances organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation puisse rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets, etc. ;
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électrique, etc. ;
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA Assurances intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA Assurances organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

6.4 Préparation du retour au domicile

En cas d'hospitalisation programmée ou non supérieure à 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, IMA Assurances organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques ;
- la mise en température du chauffage du logement ;
- le ménage ;
- les courses (le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent).

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA Assurances intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA Assurances organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

6.5 Transfert post-hospitalisation chez un proche

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge, en France, le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

7. Garanties complémentaires en cas d'immobilisation

Transport aux rendez-vous médicaux

Lorsque l'adhérent ou son conjoint immobilisé plus de 5 jours au domicile n'est pas en état de se déplacer pour aller à un rendez-vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA Assurances organise et prend en charge, dans les 20 jours suivants l'immobilisation, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

8. Garanties complémentaires famille

8.1 Prise en charge des enfants, petits-enfants, (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un parent

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures, d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours, ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile (billet de train 1^{re} classe ou d'avion, classe économique).

Le transfert des enfants ou petits-enfants

Le voyage aller-retour en France des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{re} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA Assurances organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants ou petits-enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou petits-enfants

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite aux activités extra scolaires et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 20 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

La conduite aux activités extra scolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite aux activités extra scolaires, ou non, de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite aux activités extra scolaires, ou non, de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

L'aide aux devoirs

IMA Assurances organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 20 jours.

Soutien scolaire chez un proche en cas d'hospitalisation d'un parent

En cas de transfert de l'enfant chez un proche éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, IMA Assurances organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation et sur une période maximale de 20 jours.

Elle s'applique aux enfants et petits-enfants sans limite d'âge.

8.2 Prise en charge des enfants et petits-enfants (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) hospitalisés ou immobilisés au domicile

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures, d'une hospitalisation programmée de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'enfant ou du petit-enfant.

La présence d'un proche au chevet

IMA Assurances organise et prend en charge le déplacement aller-retour en France, d'un proche au chevet de l'enfant ou du petit-enfant (billet de train 1^{re} classe ou d'avion, classe économique).

La garde des enfants

IMA Assurances organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde au domicile des enfants accidentés par un intervenant habilité.

Le nombre d'heures est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le transfert des enfants

IMA Assurances organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, le voyage aller-retour en France des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{re} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA Assurances organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours d'un enfant ou petit-enfant.

La garde des frères et sœurs

IMA Assurances organise et prend en charge la garde des autres enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, lorsque aucun proche ne peut l'assumer, par :

- le déplacement aller-retour en France d'un proche ;

- ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

8.3 Prise en charge des enfants et petits enfants (sans limite d'âge) hospitalisés ou immobilisés au domicile

Soutien scolaire

Si l'enfant ou le petit-enfant est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 14 jours et ne peut pas suivre sa scolarité, IMA Assurances organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

8.4 Prise en charge des ascendants

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures, d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA Assurances organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).

Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller-retour en France des ascendants en train 1^{re} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

9. Garanties complémentaires en cas de décès

9.1 Aide ménagère

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, à compter du jour du décès, IMA Assurances organise et prend en charge la venue d'une aide ménagère.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

9.2 Mise en relation avec un prestataire funéraire

IMA Assurances peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille.

Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

9.3 Informations décès

IMA Assurances peut fournir, du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés, des renseignements à la famille dans les domaines suivants :

- dispositions à prendre en cas de décès ;
- cérémonie, convoi ;
- conservation, transport de corps ;
- prélèvements, dons d'organes ;
- inhumation, crémation ;
- succession.

10. Garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie lourde, selon la liste établie dans les définitions, entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours, en cas de surveillance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, suite à l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours du patient bénéficiaire.

IMA Assurances, organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration d'une pathologie ou de l'aggravation d'une pathologie.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA Assurances, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 h sur une semaine, si le patient bénéficiaire est l'adhérent ou le conjoint. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA Assurances selon la situation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 5, 7, 8.1 et 8.2.

10.1 Ergothérapeute

IMA Assurances organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire. Cette garantie est limitée à une visite par événement.

Annexe - Convention d'assistance Néoliane Santé IMA (suite)

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation peut être complétée par un rapport (croquis des aménagements et cotes d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

10.2 Service travaux pour aménagement du domicile

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA Assurances met en relation l'adhérent avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations ;
- établissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis ;
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis ;
- suivi des travaux, des coûts, des délais.

Les travaux restent à la charge de l'adhérent. La mise en œuvre de ce service fait l'objet d'un devis de 50 € qui resteront à la charge de l'adhérent dans le cas où le devis serait accepté plus de deux mois après son établissement ou refusé.

Cette garantie est limitée à un dossier par événement.

10.3 Téléassistance

IMA Assurances prend charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

10.4 Enveloppe de services pour adhérent ou conjoint

À compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA Assurances met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité ci-annexé.

10.5 Enveloppe de services pour enfants et petits enfants (moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

À compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA Assurances met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services.

Les conditions de mise en œuvre sont identiques à celles de l'article 10.4

Cf. tableau enveloppe de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

11. Informations et conseils

11.1 Informations médicales

Une équipe médicale, communique 24h/24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques ;
- conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation ;
- enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

11.2 Prévention Nutrition Santé

Chaque bénéficiaire pourra solliciter, une fois par an, des conseils diététiques par téléphone du lundi au vendredi de 9 h à 18 h concernant plus particulièrement :

- un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire ;
- les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition infantile et les problèmes d'obésité ;
- les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez la personne dépendante. Ces conseils sont dispensés par des diététiciens. Un bilan nutritionnel peut être réalisé. Il sera à la charge de l'adhérent.

11.3 Conseil Social

IMA Assurances organise et prend en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 9 h à 19 h.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

11.4 Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique

À tout moment, afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA Assurances met à leur disposition, du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses

en matière de droit français.

À titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

11.5 Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA Assurances peut aider à rechercher un médecin.

De la même façon IMA Assurances peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, aider à rechercher une infirmière, ou des intervenants paramédicaux.

11.6 Assistance psychologique

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une maladie grave, un décès, affectant l'un des bénéficiaires, IMA Assurances peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'événement.

Annexe à la convention d'assistance Néoliane Santé IMA

Offre santé prévoyance complète - Enveloppe de services au 16.05.12

Enveloppe de services pour adhérent ou conjoint.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Enveloppe adulte malade	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller-retour / hébergement*	10 unités
Transport pour se rendre aux RDV médicaux	1 transport aller-retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller-retour	2 unités
Conduite aux activités extra scolaires	1 trajet aller-retour	2 unités

Enveloppe de services pour enfant.

Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller-retour / hébergement*	10 unités
Transport pour se rendre aux RDV médicaux	1 transport aller-retour	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 € par nuit.

Néoliane

s a n t é

Néoliane Santé

Siège Social :

455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza
06200 Nice

www.neoliane-sante.fr