

TABLEAU DES GARANTIES NÉOLIANE ÉQUILIBRE

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

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

HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾		100%	120%	140%	165%	190%	215%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais det séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR*** ^{(1) (3)}		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au DPTAM* (ATM – ADC hors dentaire – ADE)		100%	120%	140%	165%	190%	215%
BONUS FIDÉLITÉ	à compter de la 2e année d'adhésion :	120%	140%	160%	185%	210%	235%
	à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	140%	160%	180%	205%	230%	255%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au DPTAM* (ATM – ADC hors dentaire – ADE)		100%	100%	120%	145%	170%	195%
Frais de transport		100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)		100%	100%	125%	150%	175%	200%
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)		100%	150%	175%	200%	225%	250%
BONUS FIDÉLITÉ	à compter de la 2e année d'adhésion :	125%	175%	200%	225%	250%	275%
	à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	150%	200%	225%	250%	275%	300%
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁴⁾		illimité	400€	500€	600€	700€	800€
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO ⁽⁵⁾		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Monture et verres (équipement)** :							
- Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe		100%	100%	100%	125€	150€	175€
- Équipement avec des verres complexes ou très complexes		100%	100%	100%	200€	225€	250€
dont monture au sein de l'équipement limitée à :		100%	100%	100%	150€	150€	150€
Lentilles (par an)		100%	100%	100%	50€	75€	75€
CONSULTATION ET PHARMACIE		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Pharmacie		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents au DPTAM*		100%	125%	125%	150%	175%	200%
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents au DPTAM*		100%	100%	105%	105%	105%	105%
Auxiliaires médicaux		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes techniques médicaux (adhérents ou non au DPTAM*) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses – Actes de biologie		100%	100%	100%	100%	100%	125%
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents au DPTAM* (ADI – ADE)		100%	100%	100%	100%	100%	125%
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents au DPTAM* (ADI – ADE)		100%	100%	100%	100%	100%	105%
PRESTATIONS DIVERSES		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)		100%	100%	100%	100%	100%	125%
BONUS FIDÉLITÉ	à compter de la 2e année d'adhésion :	Néant	Néant	Néant	125%	125%	150%
	à compter de la 3e année d'adhésion et suivantes :	125%	125%	125%	150%	150%	175%
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage		100%	100%	100%	100%	100%	125%
SERVICES		EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
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		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

TABLEAU DES GARANTIES NÉOLIANE ÉQUILIBRE (SUITE)

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

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

NOUVEAU ! PACK BIEN-ÊTRE (OPTIONNEL)	
Forfait Chambre particulière ^(a)	45 € / jour
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathe, Acupuncteur, Naturopathe, Etiopathie, Diététicien, Microkinésithérapie, Podologue)	20 € / séance, limité à 3 séances / an
NOUVEAU ! PACK BIEN-ÊTRE+ (OPTIONNEL)	
Forfait Chambre particulière ^(a)	60 € / jour
Forfait frais accompagnant (Tv, lit, repas) ^(a)	15 € / jour
Forfait pharmacie non remboursée par le RO	30 € / an
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathe, Acupuncteur, Naturopathe, Etiopathie, Diététicien, Microkinésithérapie, Podologue)	25€ / séance limité à 3 séances / an
Cure thermique	100% + forfait de 100 € / an
Forfait prothèses orthopédique	75 € / an
Forfait prothèses auditives	150 € / an

(a) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.

Aucun questionnaire médical.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), 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 la formule 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 prévues 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.

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) Garantie à hauteur de la garantie pendant une durée limitée de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 60 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et SSR***, puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

(2) Illimité - SONT EXCLUS des garanties pour ce produit :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale), la thalassothérapie.

(3) La chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

(5) Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception des formules 1, 2 et 3, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Le forfait attribué pour la monture ne pourra pas excéder 150 €. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

*Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

**Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

*** SSR = Etablissement de soins de suite et de réadaptation

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

ADC : Actes de chirurgie	INO : Actes inlay-onlay
ADA : Actes d'anesthésie	ORT : Orthodontie médecin
ADI : Actes d'imagerie	PAR : Prothèses amovibles définitives résine
ADE : Actes d'échographie	PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
ATM : Actes Techniques Médicaux	PFC : Prothèses fixes céramiques
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire	TDS : Parodontologie
END : Actes d'endodontie	TO : Orthodontie
ICO : Inlay-Core	RPN : Réparation sur prothèses