


TABLEAU DES GARANTIES NÉOLIANE SÉRÉNITÉ

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	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Frais de séjour ⁽¹⁾	100 %	125 %	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux – pour les médecins adhérents au CAS* (ATM - ADC hors dentaire - ADE)	100 %	125 %	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux – pour les médecins non adhérents au CAS* (ATM - ADC hors dentaire - ADE)	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	immédiat	Néant	Néant	30 € /jour	40 € /jour	40 € /jour	60 € /jour
	à partir de la 2^e année	Néant	30 € /jour	40 € /jour	50 € /jour	60 € /jour	80 € /jour
Frais accompagnant**	Néant	10 € /jour	10 € /jour	15 € /jour	15 € /jour	15 € /jour	15 € /jour
Transport du malade***	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Hospitalisation secteur non conventionné	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Frais de séjour ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Dentaire	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Soins dentaires, Inlays - Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE - ADA - ADC dentaire - ADI - ATM - AXI - INO - END - TDS)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM - PAR - PFC - PFM - RPN - PDT - immédiat ICO - IMP) et (TO - ORT)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
BONUS FIDÉLITÉ ⁽¹¹⁾	à partir de la 2 ^e année	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
	à partir de la 3 ^e année et des suivantes	100 %	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
Prothèses dentaires, implantologie, parodontologie non pris en charge par le RO ⁽³⁾	Néant	125 € /an	150 € /an	175 € /an	200 € /an	225 € /an	250 € /an
Plafond dentaire annuel (hors soins) ⁽⁴⁾	1^{ère} année	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	700 €	900 €
	2^e année et suivantes	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	1 000 €	1 400 €

Optique acceptée ou refusée par le RO ⁽⁵⁾	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
NOUVEAU !  Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁶⁾							
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	250 €	250 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	immédiat	200 €	200 €	240 €	275 €	350 €	400 €
BONUS FIDÉLITÉ ⁽¹¹⁾	à partir de la 2 ^e année	200 €	250 €	290 €	325 €	400 €	450 €
	à partir de la 3 ^e année et des suivantes	200 €	300 €	340 €	375 €	450 €	500 €
dont Monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €	100 €	100 €	100 €	150 €	150 €	150 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €

Consultation et pharmacie	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Pharmacie remboursée par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents au CAS* ⁽⁷⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	175 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents au CAS* ⁽⁷⁾	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	155 %	155 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	200 %

TABLEAU DES GARANTIES NÉOLIANE SÉRÉNITÉ (SUITE)

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

Consultation et pharmacie (suite)	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Actes techniques médicaux et actes de spécialité pour les médecins adhérents au CAS* (ATM - ADC hors dentaire - ADA)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %	175 %
Actes techniques médicaux et actes de spécialité pour les médecins non adhérents au CAS* (ATM - ADC hors dentaire - ADA)	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	155 %	155 %
Imagerie médicale (CAS et non CAS) et biologie médicale (ADI - ADE)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Les + senior	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Médecines naturelles (forfait annuel et par bénéficiaire, limité à 25 € par acte) ⁽⁶⁾	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	150 €	150 €
Cure thermale acceptée par le RO ⁽⁹⁾	100 % + 25 €	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 125 €	100 % + 125 €

Appareillage	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7	
Prothèses orthopédiques, médicales ou capillaires	immédiat	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ ⁽¹¹⁾	à partir de la 2 ^e année	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
Prothèses auditives	immédiat	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
BONUS FIDÉLITÉ ⁽¹¹⁾	à partir de la 2 ^e année	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %

Les + prévention ⁽¹⁰⁾	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Ostéodensitométrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Détartrage annuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Actes de dépistage	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Vaccins	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Services	NS1	NS2	NS3	NS4	NS5	NS6	NS7
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestations d'assistance auprès d'Europ Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.

Aucun questionnaire médical.

-5 % pour un tarif couple; -10 % pour les TNS et exploitants agricoles.

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

Vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion à l'exception du forfait "Monture et verres" 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.

- Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés - 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% du tarif de responsabilité, par an et par assuré.
- Illimité, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) où la durée est limitée à 30 jours.
- Implantologie, parodontologie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.
- Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité.
- 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.

Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur.

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.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

(6) Retrouvez plus de précisions en page 6 de la présente notice d'information.

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

(8) Ostéopathie, chiropractie, diététique, pédicure-podologie, acupuncture, homéopathie.

(9) Remboursement limité aux frais réels et versé uniquement pour les prestations prises en charge par le régime obligatoire.

(10) Votre contrat est responsable, en application de l'arrêté ministériel du 8 juin 2006. Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

(11) À chaque échéance anniversaire du contrat, la garantie est augmentée comme précisée dans le tableau. Pour l'optique, il est accordé dans les mêmes conditions que les garanties de base (cf. (5)).

* CAS : Contrat d'Accès aux Soins

**les frais accompagnant sont pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité. Ces frais comprennent le lit et/ou les repas de la personne accompagnante.

***Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

ADA : Actes d'anesthésie
ADC : Actes de chirurgie
ADE : Actes d'échographie
ADI : Actes d'imagerie
ATM : Actes Techniques médicaux
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire
END : Actes d'endodontie
ICO : Inlay-Core
IMP : Implantologie
INO : Actes inlay-onlay

ORT : Orthodontie médecin
PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
PAR : Prothèses amovibles définitives résine
PDT : Prothèses dentaires provisoires
PFC : Prothèses fixes céramiques
PFM : Prothèses fixes métalliques
RPN : Réparation sur prothèses
SDE : Soins dentaires
TDS : Parodontologie
TO : Orthodontie