

TABLEAU DES GARANTIES

Néoliane

INITIAL

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	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	150 %	200 %	225 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ^{(1) (3)}	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents au CAS** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	150 %	200 %	225 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents au CAS** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100 %	130 %	180 %	200 %*
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hors ambulatoire)	Néant	45 € /jour	55 € /jour	65 € /jour
Frais accompagnant	Néant	15 € /jour	15 € /jour	15 € /jour
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	150 %
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	100 %	100 %	150 %	150 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)	100 %	150 %	200 %	250 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁵⁾	illimité	illimité	700 €	1 000 €
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO ⁽⁶⁾	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Monture et verres	100 %	200 €	350 €	450 €
Lentilles (par an) (y compris lentilles jetables)	100 % ⁽⁷⁾	100 €	100 €	100 €
CONSULTATION ET PHARMACIE	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents au CAS**	100 %	100 %	125 %	150 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents au CAS**	100 %	100 %	105 %	130 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (CAS** et non CAS**) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses – Actes de biologie	100 %	100 %	100 %	125 %
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents au CAS** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	125 %
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents au CAS** (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	105 %
Médecines naturelles (forfait annuel) (Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure)	Néant	30 €	50 €	70 €
PRESTATIONS DIVERSES	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100 %	100 %	125 %	150 %
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	125 %	150 %
SERVICES	INITIAL 1	INITIAL 2	INITIAL 3	INITIAL 4
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.
Aucun questionnaire médical.

-7% pour un tarif couple ; -10% si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale) ; -10% pour les TNS et exploitants agricoles ; Gratuité du 3^e enfant jusqu'au 5^e inclus ; Régime Alsace-Moselle : -40% pour les formules INITIAL 1 et INITIAL 2 et -30% pour les formules INITIAL 3 et INITIAL 4.

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

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) 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.

(2) 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.

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

(4) En cas d'hospitalisation pour motifs psychiatriques la chambre particulière n'est pas prise en charge.

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

(6) Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception de la formule INITIAL 1, 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.

(7) Pour la formule INITIAL 1, les lentilles refusées par le RO ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire.

*Jusqu'au 31 décembre 2016, ce plafond de remboursement est porté à 205% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

**CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :

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

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