

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	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Frais de séjour <sup>(1)</sup>	100%	125%	150%	200%	225%	250%
Chirurgie et anesthésie – pour les médecins adhérents au CAS*** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100%	125%	150%	200%	225%	250%
Chirurgie et anesthésie – pour les médecins non adhérents au CAS*** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100%	105%	130%	180%	200%*	200%**
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière <sup>(1)</sup>	Néant	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais accompagnant	Néant	10 €/jour	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Transport du malade	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Frais de séjour <sup>(1)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE	S1	S2	S3	S4	S5	S6
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 %
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
Prothèses dentaires, implantologie, parodontologie non pris en charge par le RO <sup>(3)</sup>	Néant	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an	225 €/an
Plafond dentaire annuel (hors soins) <sup>(4)</sup> :						
1 <sup>ère</sup> année	illimité	illimité	illimité	illimité	700 €	900 €
2 <sup>e</sup> année et suivantes	illimité	illimité	illimité	illimité	1 000 €	1 200 €
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO <sup>(5)</sup>	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	300 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	200 €	250 €	290 €	325 €	400 €	425 €
dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 €	100 €	100 €	100 €	150 €	150 €
Lentilles acceptées par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
CONSULTATION ET PHARMACIE	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents au CAS*** <sup>(6)</sup>	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents au CAS*** <sup>(6)</sup>	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	155 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Actes techniques médicaux et actes de spécialité pour les médecins adhérents au CAS*** (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100 %	100 %	125 %	150 %	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 %
Imagerie médicale (CAS*** et non CAS***) et biologie médicale (ADI – ADE)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
LES + SENIOR	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Forfait médecine naturelle (par an et par personne, limité à 25 € par acte) <sup>(7)</sup>	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	150 €
Cure thermique	100 % + 25 €	100 % + 50 €	100 % + 75 €	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €
Prothèses auditives	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses orthopédiques, médicales ou capillaires	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
LES + PRÉVENTION <sup>(8)</sup>	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Ostéodensitométrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Détartrage annuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Actes de dépistage	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Vaccins	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICES	S1	S2	S3	S4	S5	S6
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
Prestations d'assistance auprès de l'Europ Assistance	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 optique (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. L322-2 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) Implantologie, parodontie, orthodontie adulte, prothèses refusées par le RO mais avec cotation.

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

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

(7) Ostéopathie, chiropractie, diététique, pédicurie-podologie, acupuncture.

(8) Votre contrat est responsable, en application de l'arrêté ministériel du 8 juin 2006. Retrouvez la liste complète des actes de prévention pris en charge sur le site [www.neoliane.fr/prevention](http://www.neoliane.fr/prevention) dans la limite de 2 actes par an.

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

\*\*Jusqu'au 31 décembre 2016, ce plafond de remboursement est porté à 225 % 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	PAR : Prothèses amovibles définitives résine
ADA : Actes d'anesthésie	
ADI : Actes d'imagerie	PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
ADE : Actes d'échographie	
ATM : Actes Techniques Médicaux	PDT : Prothèses dentaires provisoires
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire	PFC : Prothèses fixes céramiques
END : Actes d'endodontie	PFM : Prothèses fixes métalliques
ICO : Inlay-Core	SDE : Soins dentaires
INO : Actes Inlay-Onlay	TDS : Parodontologie
IMP : Implantologie	TO : Orthodontie
ORT : Orthodontie médecin	RPN : Réparation sur prothèses