



Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise médicale annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré. Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge. Les remboursements, forfaits, limites, plafonds s'entendent par assuré. Sauf exceptions mentionnées dans le tableau, les forfaits sont annuels et la référence est l'année civile.

% Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.

€ Les remboursements exprimés en euros correspondent au remboursement de la mutuelle seule hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf disposition contraire mentionnée dans le tableau de garanties.

DÉSIGNATION DES ACTES (dans le cadre du parcours de soins)	NEO LIBERTE BIEN-ETRE
HOSPITALISATION⁽¹⁾	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier (hôpital, clinique et service psychiatrique d'un établissement de santé)	Frais réels
FRAIS DE SÉJOUR	
Frais de séjour	100%
Participation forfaitaire pour les actes techniques et cliniques	100%
Placement particulier ⁽²⁾	100%
Forfait patient urgences ⁽³⁾	Frais réels
HONORAIRES	
Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	200%
Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	180%
Soins et prestations liés à une hospitalisation à domicile	100%
CHAMBRE PARTICULIÈRE	
Chambre particulière (par nuit, illimitée en médecine et chirurgie et limitée à 60 nuits par an pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie)	50 €
Frais d'accompagnant : -16 ans / +70 ans (par nuit, limité à 15 jours/an)	40 €
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations - visites de généralistes adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	200%
Consultations - visites de généralistes non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	180%
Consultations - visites de spécialistes adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	225%
Consultations - visites de spécialistes non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	180%
Radiologues adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	200%
Radiologues non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	180%
PSYCHOLOGIE REMBOURSÉE PAR LE RO	
Séances de suivi psychologiques (dispositif Mon Soutien Psy)	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	150%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses médicales	150%
MÉDICAMENTS	
Pharmacie (65%)	100%
Pharmacie (30%)	100%
Pharmacie (15%)	100%
HONORAIRES SOINS À L'ÉTRANGER	
Soins courants à l'étranger (Honoraires médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire)	100%
MATÉRIEL MÉDICAL	
Prothèses capillaires (classe III et IV) / mammaires (forfait par an après remboursement du ticket modérateur)	100%
Véhicules pour handicapés physiques en location de courte durée inscrits au titre IV de la Liste des Produits et Prestations	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
Prothèses capillaires de classe II	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
Semelles orthopédiques / bas de contention	200%
Autres appareillages	200%
AUTRE SOIN	
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO ⁽⁸⁾	100 €
TRANSPORT	
Transports médicaux	100%
MÉDECINES DOUCES	
Médecines douces ⁽⁵⁾ (montant par séance)	60 €
Nombre de séances/an	3
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁶⁾ - Sans reste à charge -	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
SOINS	
Soins dentaires et parodontologie remboursés par le RO ⁽⁸⁾	150%

DÉSIGNATION DES ACTES (dans le cadre du parcours de soins)	NEO LIBERTE BIEN-ETRE
INLAYS ONLAYS	
Inlays onlays remboursés par le RO ⁽⁸⁾	150%
PROTHÈSES	
Prothèses dont inlay core remboursées par le RO ⁽⁸⁾	400%
Prothèses transitoires remboursées par le RO ⁽⁸⁾	400%
Implants dentaires	500€/an
ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LE RO	
Orthodontie remboursée par le RO ⁽⁸⁾ (forfait semestriel)	300%
AUTRES SOINS	
Parodontie / endodontie	100 € /an
Orthodontie non remboursée par le RO ⁽⁸⁾ (par semestre)	400 €
Les prestations de "prothèses" et "autres soins" se cumulent dans la limite d'un plafond global annuel ⁽⁹⁾	1600 €
OPTIQUE	
Équipements 100% Santé ⁽⁶⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
AUTRES ÉQUIPEMENTS remboursés par le RO ⁽⁸⁾	
Monture (remboursement RO ⁽⁸⁾ inclus)	100 €
Verre simple	100 €
Verre complexe	150 €
Verre hyper complexe	180 €
2 verres hybrides (verres simple + complexe)	250 €
2 verres hybrides (verres simple + hyper complexe)	280 €
2 verres hybrides (verres complexe + hyper complexe)	330 €
Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Dans tous les cas, le point de départ de la période correspond à la date de la dernière facturation prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.	
LENTILLES	
Lentilles remboursées par le RO ⁽⁸⁾	100% + 150 €
Lentilles non remboursées par le RO ⁽⁸⁾	150 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO ⁽⁸⁾ /œil	500 €
AIDES AUDITIVES	
Équipements 100% Santé ⁽⁶⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
Audioprothèses, entretien, piles et accessoires pris en charge par le RO ⁽⁸⁾	100%
+ Forfait audioprothèse adultes de 20 ans et plus (par oreille et par an)	600 €
Le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipements (1 appareil acoustique) à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime Obligatoire.	
AUTRES PRESTATIONS	
CURES THERMALES	
Frais (honoraires)	150%
PACK PRÉVENTION ET INNOVATIONS (plafond global annuel)	
Visites sportives	25 €
Vaccins prescrits non remboursés	100 €
Sevrage tabagique / Autres traitements prescrits non remboursés (par an)	100 €
Diététicien	100 €
Pédicure - podologie	-
Dépistages non remboursés par le RO ⁽⁸⁾ (cancer, analyses non remboursées, audition)	-
Contraception non remboursée par le RO ⁽⁸⁾	65 €
Les prestations du pack prévention et innovations se cumulent dans la limite d'un plafond annuel	150 €
PRESTATIONS PARTICULIÈRES SUPPLÉMENTAIRES	
Prime Naissance/adoption (par enfant)	80 €
Prime Naissance gémellaire (par enfant)	80 €
Prime Mariage ou Pacs	80 €

(1) CE QUI EST EXCLU EN HOSPITALISATION :

- les séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle),
- les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite),
- les séjours en ateliers thérapeutiques,
- les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours,
- la chambre particulière ambulatoire.

(2) En service de rééducation fonctionnelle, Hôtels de cure, Cures marines, Maisons de repos, Maisons de repos spécialisés, Maisons de régime, Maisons de santé médicale, Maisons à caractère sanitaire, Maisons d'enfants à caractère sanitaire, Aérium, Colonies sanitaires temporaires, Etablissements de moyen séjour et en service de moyen séjour.

(3) Forfait patient urgences : est pris en charge le Forfait Patient Urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

(4) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés :

- OPTAM pour les médecins de secteur 2 ;

- OPTAM-ACO pour les médecins de secteur 2 spécialistes en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique.

(5) Entrent dans cette catégorie les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de chiropractie, d'étiopathie, de psychologie (non remboursées par le Régime Obligatoire), de sophrologie et d'hypnothérapie.

(6) Tels que définis réglementairement.

(7) Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

(8) RO : Régime Obligatoire.

(9) Un plafond global annuel s'applique à ces prestations. Au-delà de ce plafond les remboursements sont limités à 125 % de la BR par acte.