

NEO ENTREPRISES - GARANTIES 2025

DENTAIRE		Niveau 4 Base obligatoire
Soins et prothèses 100 % Santé (6)		Frais Réels
Autres Soins dentaires et implants	remboursés par le RO	100% BR
Extraction de dent de sagesse réalisés en cabinet (10)	remboursés par le RO	200% BR
Prothèses dentaires autres que le 100% Santé	remboursées par le RO	300% BR
- Dents visibles		250% BR
- Dents invisibles		250% BR
Inlay-onlay		250% BR
Prothèses nomenclaturées non remboursées	Forfait annuel	400 €
Maladie parodontale et Endodontie (19)	Forfait annuel	100 €
Orthodontie Acceptée (enfant ou adulte)		300% BR
Orthodontie non remboursée	Forfait annuel et limité à 4 semestres consécutifs ou non	600 €
Implants non remboursés	Forfait annuel et limité à 900 € par implant	900 €
Plafond annuel dentaire	Au-delà du plafond, seul le Ticket Modérateur et les soins et prothèses dentaires 100% Santé sont remboursés	2 000 €

ANNEXE : RENVOIS UTILISES DANS VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

① **OPTAM et OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique.

Elles remplacent, depuis 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Ces options, décidées par l'Assurance maladie, sont destinées à limiter les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Elles contraignent les organismes complémentaires à limiter le remboursement des honoraires des médecins non adhérents à ces options au maximum à 200 % de la base de remboursement, régime obligatoire inclus et à créer une différence dans les taux de remboursement des médecins adhérents et non adhérents d'au moins 20 %.

② **En secteur NON CONVENTIONNE**, la Base de Remboursement (**BR**) est le Tarif d'Autorité (**TA**)

BR = Base de Remboursement du Régime Obligatoire (RO) : On appelle Base de Remboursement (BR) ou Tarif de Convention (TC), le tarif appliqué par l'Assurance maladie pour le remboursement de chaque acte médical et qui a fait l'objet d'une convention avec les professionnels de santé.

TA = Tarif d'Autorité du Régime Obligatoire (RO) : Un tarif d'autorité est un barème tarifaire défini par la réglementation et applicable aux remboursements par l'assurance maladie des actes des médecins et praticiens non conventionnés. Le médecin non-conventionné n'adhère pas à la convention médicale et fixe librement ses honoraires.

RO = Régime obligatoire. Le régime obligatoire est le régime légal de prévoyance auquel est soumis un assuré. Tous les résidents français doivent impérativement être affiliés à un régime d'assurance maladie et maternité.

③ **AUTOMEDICATION** : " Médicaments à prescription facultative inscrits dans le répertoire www.vidal.fr paragraphe « Médicaments », avec mention NR »

Ne comprend pas la parapharmacie, sauf les granules homéopathiques et lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume...).

Nous adresser une facture nominative acquittée pour toute demande de remboursement.

PHARMACIE NON REMBOURSEE : « Médicaments non remboursés par le RO, prescrits par un médecin, inscrits au Vidal avec mention NR et bénéficiant d'un numéro CIP. ». Pour être remboursés, vous devrez nous adresser la facture nominative acquittée et la prescription médicale.

③ bis **INCITATION A LA PRATIQUE SPORTIVE** : Couvre les Frais d'adhésion, de licence ou de séance auprès d'un club, d'une association ou d'une fédération pour la pratique d'une activité physique ou sportive (foot, tennis, danse...), abonnement à une salle de sport, une association ou un club sportif, coût d'inscription à une épreuve sportive, la consommation sportive à la séance (ex : achat de tickets pour des séances d'aqua bike, cours de ski...).

Sont également couverts les :

Coachs en ligne délivrant des cours en direct à distance.

Stages sportifs durant les vacances scolaires.

Séances d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) dispensées par des professionnels et personnes qualifiées.

Les sports et fédérations reconnues sont ceux définis sur le site du ministère des sports. Les dépenses liées à l'achat de matériel ne sont pas prises en compte.

Une facture nominative est obligatoire. Participation limitée à 90% de la dépense réelle et à concurrence du plafond annuel

④ **Autotest nasal CoVid 19, autotest de glycémie capillaire pour le diabète, autotest à base de bandelette pour le cholestérol, autotest sanguin de Lyme, IST et VIH agréés CE** et achetés en pharmacie ou parapharmacie avec facture nominative

Protections hygiéniques féminines réutilisables : Limitées à coupes menstruelles, serviettes réutilisables et culottes menstruelles lavables.

Sont exclues les protections jetables. La prestation est réservée aux femmes bénéficiaires des garanties.

⑤ Remboursement limité à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures.

⑥ **Tels que définis réglementairement** :

Les aides auditives 100% santé, soins et prothèses dentaires 100% Santé, équipements d'optique médicale 100% Santé sont remboursés intégralement dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) ou de Facturation (PLF) fixés par arrêtés et imposés aux professionnels de santé. Si le professionnel de santé dépasse ces PLV ou PLF, vous aurez la charge du paiement de la différence.

⑦ **NAISSANCE / ADOPTION** : sous réserve d'adhésion de l'enfant dans les 60 jours suivants sa naissance/adoption.

⑧ **ASSISTANCE** : Garantie assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL SA au capital de 4,1 millions d'euros.

Siège Social : 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT CLOUD – RCS Nanterre 433 012 689 – Tél : 01 47 11 24 24

⑨ **ACTION SOCIALE et PREVENTION** : au bout de 12 mois d'adhésion à la garantie et selon conditions de ressources, les adhérents aux garanties NEO ENTREPRISES peuvent bénéficier des aides financières prévues dans la politique d'Action Sociale de la Mutuelle. Dès leur affiliation, les adhérents aux garanties NEO ENTREPRISES bénéficient des actions de Prévention organisées par la CNM Prévoyance Santé.

⑩ **EXTRACTION DENT DE SAGESSE** : Sont concernés les actes sur dent N° 18, 28, 38 ou 48 et réalisées en cabinet.

⑪ **OPTIQUE** : Un équipement d'optique médicale comprend une monture + 2 verres.

Le remboursement est limité à la prise en charge d'un seul équipement par période de 2 ans pour les assurés de + de 16 ans, 1 an pour les - 16 ans et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation :

- renouvellement annuel de l'équipement pour les assurés de + 16 ans en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien

(SUITE) RENVOIS UTILISES DANS VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

- pas de délai minimal pour le renouvellement des verres pour les jeunes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue défirée réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste
- pas de délai minimal pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisément réglementairement et faisant l'objet d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique

La période de renouvellement est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.

Les remboursements s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et intègre le ticket modérateur.

Les équipements mixtes comprenant des verres ou monture **100% Santé** et des verres ou monture **autres que 100% Santé** sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% Santé (dans la limite des PLV et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements autres que 100% santé déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé.

⑫ Les équipements autres que 100% santé comprenant des verres de types différents font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : (remboursement équipement verres de type 1 + remboursement équipement verres de type 2)/2 dans le respect des planchers et plafonds.

⑬ OPTIQUE : Selon définitions de l'Arrêté du 3 décembre 2018.

Verres simples = verres sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes = verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres très complexes = verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

⑭ **Implant intraoculaire** Cette prothèse est également appelé cristallin artificiel ou lentille intraoculaire. Le chirurgien l'insère de façon permanente dans votre œil pour remplacer le cristallin et corriger la vision dans le cadre de différents troubles : cataracte, presbytie...

Le remboursement de l'implant dans le cadre de ce poste vient si nécessaire en complément des frais remboursés dans le poste « Chirurgie correctrice non remboursée ».

⑮ **Les chirurgies correctrices** prises en charge sont remboursées sur la base des garanties prévues aux postes Honoraires en cas d'hospitalisation.

⑯ **Dispositif Mon Soutien Psy** : Consultations dispensées par un psychologue inscrit dans l'annuaire accessible sur le site monpsy.sante.gouv.fr. Une orientation préalable par un médecin est obligatoire. Elle se traduit par la remise d'un courrier d'adressage nécessaire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement. Limité à 8 séances max par an et par bénéficiaire de 3 ans et plus. Remboursement RO de 50 € par consultation

⑰ **Téléconsultation médicale** : La téléconsultation est un service délivré par PODALIRE, SAS au capital de 83 800€, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ.

⑱ **2e Avis Médical** : « **DEUXIEMEAVIS.FR** » est un service délivré par la société CARIANS - SAS au capital de 109.230€ dont le siège social est 1 Boulevard Pasteur – 75015 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 803 657 717 00036

⑲ **Maladie parodontale et Endodontie** : Le remboursement des frais occasionnés par une maladie parodontale est conditionné par la réalisation préalable d'un bilan parodontal.