

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (y compris renforts optionnels), sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

Pour les aides auditives, à compter du 01/01/2021, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Tableau de garanties

Réf : Septembre 2020- Miltis



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
AGE LIMITE D'ADHÉSION	90 ans	90 ans	90 ans	85 ans	85 ans	85 ans
HOSPITALISATION (1)						
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour						
• en secteur conventionné (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• en secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 %	145 %	145 %	170 %	195 %	220 %
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 %	125 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Chambre particulière (3)	-	35€/jour	40€/jour	50€/jour	50€/jour	55€/jour
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 14 ans (3)	-	16€/jour	16€/jour	16€/jour	16€/jour	16€/jour
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait maternité ou adoption	-	100€	140€	160€	170€	190€
OPTIQUE (4)						
PANIER 100% SANTE (**)						
Équipement Classe A (1 monture et 2 verres)	Zéro reste à charge					
PANIER LIBRE						
Équipement Classe B (1 monture et 2 verres)						
• Équipement à verres simples	100 %	100 €	120 €	150 €	200 €	250 €
• Équipement à verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €
• Équipement avec un verre simple et un verre complexe	100 %	150 €	160 €	175 €	200 €	250 €
Suppléments et prestations	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale (5)	100 %	100€	120€	150€	200€	250€
Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (5)	-	100€	120€	150€	200€	200€
Chirurgie laser myopie (par oeil, par an, par bénéficiaire)	-	100€	120€	150€	150€	200€
DENTAIRE						
PANIER 100% SANTE (**)						
Soins et prothèses dentaires	Zéro reste à charge					
• Couronnes et bridges	Zéro reste à charge					
• A partir du 1er janvier 2021 : Prothèses amovibles	Zéro reste à charge					
PANIER MAITRISE OU LIBRE						
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	250 %
Prothèses dentaires (Inlays-onlays, parodontologie, Couronne, Bridge, Inlays-core, Prothèse amovible ou réparation) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	250 %
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	250 %
Prothèses dentaires, implantologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale - actes hors nomenclature (5)	-	100€	100€	125€	150€	200€
Plafond annuel dentaire (hors soins incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé) (7)	Illimité	Illimité	Illimité	800€	900€	1000€
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Consultations, visites, actes techniques généralistes						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	145%	170%	170%	220%
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Consultations, visites, actes techniques spécialistes						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	105%	130%	130%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	145%	170%	170%	220%
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Honoraires paramédicaux						
Pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, sages femme	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Médicaments						
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Homéopathie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait Prévention : prise en charge de 50% des dépenses de prévention prescrites et achetées en pharmacie mais non remboursées par la Sécurité sociale. Forfait/an/bénéficiaire.	55€	80€	110€	135€	160€	190€
Matériel médical						
Prothèses orthopédiques	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Autres appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecine douce et compléments alimentaires						
Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Homéopathe, Ostéopathe, Podologue, Phytothérapeute, Naturopathe, Auriculothérapeute - Maxi 3 actes/an	15€/acte	15€/acte	15€/acte	20€/acte	20€/acte	25€/acte
Forfait Bien être (complément alimentaires bio et phytothérapie) (6) (8)	25€	75€	75€	90€	90€	90€
Cures thermales prise en charge par la Sécurité sociale						
Honoraires						
- Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	150%	200%	250%	300%	350%
- Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Frais d'établissement	100%	150%	200%	250%	300%	350%
Frais de transport et hébergement (6)	-	-	110 €	160 €	215 €	270 €

AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille ⁽⁹⁾						
PANIER 100% SANTE (**)						
A partir du 1er janvier 2021 : Equipement Classe 1			Zéro reste à charge			
PANIER LIBRE						
Equipement Classe 2						
	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Piles et entretien - par bénéficiaire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SERVICES						
Assistance (selon convention RMA)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Protection juridique (selon convention CFDP)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Les remboursements sont exprimés :

- En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et incluent la prise en charge du régime de base.
- En euros en complément de l'éventuelle part de la Sécurité Sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

⁽¹⁾ En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

⁽²⁾ Limité à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie). Au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

Pour les maisons de repos et de convalescence suite à une hospitalisation : prise en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale

⁽³⁾ La prise en charge est exclue dans les établissements non conventionnés dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie).

Dans les autres cas, la prise en charge est limitée à 60 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire.

⁽⁴⁾ Equipement : 1 monture + 2 verres dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Conformément à la réforme, le PANIER 100% SANTE prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les Adhérents (équipements de classe A).

Les Adhérents peuvent toujours choisir d'autres équipements, dans le PANIER LIBRE (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€.

L'Adhérent peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.

- **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.

⁽⁵⁾ Montant maximal par année d'adhésion et par bénéficiaire. Les prestations "Lentilles acceptées" et "Lentilles refusées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Lorsque le forfait en euros des lentilles acceptées par la Sécurité Sociale est épuisé, la prise en charge se fera à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

⁽⁶⁾ Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire

⁽⁷⁾ Plafond par année d'adhésion et par bénéficiaire. Si le plafond est atteint, les postes de garanties seront limités à 100% du tarif de responsabilité.

⁽⁸⁾ Le complément alimentaire Bio est une denrée dont le but est de fournir un complément de nutriments ou de substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique (vitamines, sels minéraux, acides gras et acides aminés) manquants ou en quantité insuffisante dans le régime alimentaire normal d'un individu.

La phytothérapie est un produit naturel sous forme de gélules à base de plantes cryobroyées, d'oligoéléments ou minéraux, vitamines orthomoléculaire. Mode d'administration : voie orale. Les factures originales devront comporter le nom complet du produit.

⁽⁹⁾ Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

La prise en charge des prothèses auditives jusqu'au 31 Décembre 2020 se fera sur la base des équipements de classe 2.

^(*) OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrise (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : <http://annuairesante.ameli.fr/>

^(**) Tels que définis réglementairement. Les paniers 100% Santé entrent en vigueur au 1er janvier 2020 pour le panier optique et une partie du panier dentaire et au 1er janvier 2021 pour les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.oriass.fr)

- ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 300 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.oriass.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr

MILTIS : Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)