



	NIVEAU 1 85 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans	NIVEAU 7 85 ans	NIVEAU 8 85 ans	
<b>HOSPITALISATION &amp; MATERNITÉ <sup>(1)</sup></b>									
Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire)	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière <sup>(3)**</sup>	-	40€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour	80€ / jour	90€ / jour	
Transport du malade (sauf cures thermales)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Lit d'accompagnement (maxi 15 jours par an)	-	10€ / jour	10€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	20€ / jour	25€ / jour	
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours par an))	-	5€ / jour							
<b>SOINS COURANTS</b>									
Consultation de médecins spécialistes et généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Radiologie, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM, laboratoires	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Analyses, auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Matériel médical : - prothèses et appareillages (autres que dentaires et auditifs) - complément pour petit appareillage, forfait par an	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	-	30€	50€	75€	100€	125€	150€	200€	
Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Médicaments prescrits non pris en charge par le RO (y compris vaccins, contraceptifs)**	-	30€ / an	30€ / an	40€ / an	40€ / an	50€ / an	50€ / an	60€ / an	
<b>OPTIQUE</b>									
Forfait optique <sup>(4)</sup> , équipement complet remboursé par le RO : 2 verres + montures tous les 2 ans par assuré (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue tous les ans) (de classe A, B ou mixtes à compter du 01/01/2020)	2 verres simples	100%	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
	1 verre simple et un verre complexe, deux verres complexes ou très complexes	100%	200€	250€	300€	350€	400€	450€	500€
Suppléments et prestations	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Forfait annuel pour lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO	100% <sup>(5)</sup>	50€	75€	100€	125€	150€	175€	200€	
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil	-	100€	150€	200€	225€	250€	275€	300€	
 Equipements 100% SANTÉ Optique - à compter du 01/01/2020 (verres et monture de classe A)	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	
<b>DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)</b>									
Soins pris en charge par le RO (dont Inlays, onlays, scellement des sillons) (hors panier de soins 100% santé)	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le RO (hors panier de soins 100% santé)	100%	150%	200%	250%	275%	300%	350%	400%	
Orthodontie prise en charge par le RO	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	
Dentaire non pris en charge par le RO (implants non pris en charge, orthodontie pour adulte)	-	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€	
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur	-	-	800€ / an	1 000€ / an	1 000€ / an	1 200€ / an	1 400€ / an	1 600€ / an	
 Soins et prothèses 100% SANTÉ Dentaire à compter du 01/01/2020	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'adhésion.

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<sup>er</sup> de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.



NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7	NIVEAU 8
85 ans							

### AIDES AUDITIVES

Appareillages et prothèses auditives	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif (par an) - hors 100% santé	-	100€	200€	300€	400€	500€	600€	700€
 Equipements 100% SANTE Prothèses Auditives à compter du 01/01/2021	Rembst intégral							

### PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Cure thermale prise en charge par le RO	Honoraires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
	Frais d'établissement	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Transport et hébergement (par an)	100%	50€	100€	150€	175€	200€	250€	300€
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiope, homéopathe, acupuncteur, pédicure, mésothérapeute, réflexologue, podologue, diététicien, nutritionniste (maxi 40€ / consultation)	-	80€ / an	80€ / an	120€ / an	120€ / an	160€ / an	160€ / an	200€ / an	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

### SERVICES INCLUS

Assistance accompagnement	oui							
Tiers payant	oui							
Télémedecine (5 consultations / an / pers.)	oui							
Réseaux de soins	oui							
Décompte en ligne et espace adhérent	oui							

(1) Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(2) Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(3) Durée limitée à 90 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique, et limitée à 30 jours les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).

(4) Les forfaits 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 (de moins de 18 ans avant le 01/01/2020 et de 16 ans au plus à compter du 01/01/2020) ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. De plus, à compter du 01/01/2020, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 150€ en 2018 et 100€ à partir du 1er janvier 2020 (hors Classe A).

Corrections visuelles (définition contrat responsable) :

Définitions de la correction antérieures au 1er janvier 2020 :

Correction simple : 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

Correction complexe : 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

Correction très complexe : 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 dioptrie.

Définitions de la correction à compter du 1er janvier 2020 :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;

- verre unifocaux 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 ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(5) Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.

\* OPTAM / OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Ostétrique.

\*\* Exclu si option ECO

Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre d'équipements de qualité sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif définies par décret à partir du 1er janvier 2020 (les paniers).



### OPTION ECO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation. Cette option s'applique à toutes les formules (de 2 à 8), sauf à la formule 1. Une réduction de cotisation s'applique si cette option est choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au certificat d'adhésion sur le bloc indissociable des garanties ci-après : chambre particulière et médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins et contraceptifs). En conséquence, les garanties mentionnées ci-dessus ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent. Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option Eco à l'issue des 12 mois complets d'assurance après votre adhésion, ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins. Suite à la première adhésion à l'option ECO, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à ces options sera exclue.

### 100% SANTÉ



Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif défini par décret à partir du 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties que vous avez choisi.

Garanties incluses dans le panier 100% SANTÉ (à partir du 1er janvier 2020)	Remboursement sur les formules 1 à 8	Composition du panier	Mise en vigueur
<b>OPTIQUE</b>			
Équipement optique (Verre et Monture)	Monture : Dans la limite de 100 € <sup>(1)</sup> Verres : Entièrement remboursés <sup>(2)</sup>	- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents ; - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2020
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays Inlay-Core Prothèses dentaires	Entièrement remboursés <sup>(2)</sup>	- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1e prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ; - Inlays core et couronnes transitoires ; - Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toute localisation ; prothèses amovibles à base résine.	Progressif à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2020
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Prothèses auditives	Entièrement remboursés <sup>(2)</sup>	- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante ≥ 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération	A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2021

(1) Le panier « 100% santé » prévoit un remboursement sur les montures de 30 € (Classe A). En offre combinée (verres 100% Santé et monture de classe B), le **plafond de remboursement des montures est fixé à 100€**.

(2) Dans les limites qui figurent dans la Notice d'information.

#### -> A RETENIR ! Dates de la mise en place du nouveau dispositif\*

<b>A partir de 2019</b>	- Les tarifs du panier « 100% santé » seront plafonnés en audiologie (dès janvier) et en dentaire (dès avril) - Le remboursement des aides auditives (Sécurité sociale + complémentaire) augmentera de 100 € - Au total, le reste à charge pour les assurés diminuera de 200 € en moyenne pour les aides auditives (audioprothèses)
<b>A partir de 2020</b>	- L'offre « 100% santé » sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire - Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200 € et le remboursement « Sécurité sociale + complémentaire » augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne
<b>A partir de 2021</b>	L'offre « 100% santé » sera garantie pour le reste du panier dentaire, ainsi que pour les aides auditives

\* source : dossier presse du gouvernement du 13 juin 2018

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS HORS 100% SANTE

Exemples de remboursement dans le cas où vous n'optez pas pour les paniers de produits 100% santé.

	REMBOURSEMENT DE L'ASSURÉ (mutuelle + régime obligatoire)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Consultation d'un médecin généraliste OPTAM / OPTAM-CO	24€	24€	30,25€	36,50€	42,75€	49€	61,50€	74€
Pose d'une couronne dentaire (HBLD036)								
2019	107,50€	161,25€	215€	268,75€	295,63€	322,50€	376,25€	430€
2020	120€	180€	240€	300€	330€	360€	420€	480€
Achat d'une paire de lunettes monture avec verres progressifs (sphère de -4.00 à +4.00) 2019	17,48€	210,49€	260,49€	310,49€	360,49€	410,49€	460,49€	510,49€
Achat d'un appareil auditif* 2019	300€	400€	500€	600€	700€	800€	900€	1000€
2020	350€	450€	550€	650€	750€	850€	950€	1050€

Pour chaque dépense de santé que vous faites, votre Régime Obligatoire vous rembourse une partie, puis votre complémentaire santé se base sur ce remboursement pour apporter un complément. Le remboursement se fait dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré, hors contribution forfaitaire retenue et franchise médicale qui restent à la charge de l'assuré. Ainsi, le remboursement effectué ne peut excéder la somme versée par l'assuré lors du règlement de l'acte de santé.

Ces tarifs sont donnés à titre d'exemple, ils peuvent varier en fonction du tarif de convention, de la prescription médicale, etc. Pour des tarifs précis, demandez votre devis gratuit et personnalisé.

\* Appareil auditif pour une personne de plus de 20 ans, et hors personnes déficientes auditives et souffrant de cécité

## LES + DE LIBERTEO



### Des économies réelles pour votre budget

- ✓ Votre tarif 2019 garanti sans augmentation au 1<sup>er</sup> janvier 2020 !
- ✓ Pas d'avance de frais grâce au tiers payant
- ✓ Des tarifs négociés auprès d'un réseau de partenaires
- ✓ Des réductions sur les produits optiques, dentaires et auditifs



### Une souscription simple et rapide

- ✓ Une prise d'effet immédiate
- ✓ Pas de questionnaire de santé
- ✓ Une garantie à vie
- ✓ Un conseiller dédié



### Les avantages de Liberteo

- ✓ Un produit compatible 100% Santé
- ✓ Des consultations en télémedecine 7j/7 et 24h/24
- ✓ Un réseau de soins complet et innovant
- ✓ Une assistance complète incluse
- ✓ Des appli pour prendre RDV en ligne et calculer le reste à charge
- ✓ Un espace adhérent sécurisé

**VOUS VOULEZ SOUSCRIRE ?  
CONTACTEZ VOTRE CONSEILLER :**

📞 **Par téléphone : 01 83 77 57 30**

ou

@ **Par email : [conseillersante@afiassurances.fr](mailto:conseillersante@afiassurances.fr)**



## LE RÉSEAU DE SANTÉ



Notre réseau de soins qui offre la garantie de **la qualité au meilleur prix !**



### Réseau Optique

3 350 partenaires et 45 centres de chirurgie réfractive



### Réseau Dentaire

2 600 partenaires et 50 chirurgiens en Implantologie dentaire



### Réseau Audioprothèse

800 centres



### Une plateforme téléphonique ouverte 6j/7

pour vous renseigner :

lundi au vendredi : 9h – 19h30

samedi : 9h – 17h

## LES AVANTAGES SANTECLAIR :

EXCLUSIVITÉ  
**SANTECLAIR**

- **Jusqu'à -40%\*** sur tous les verres et traitements des 3 grands verriers Carl Zeiss Vision, Essilor et Seiko Optical.
- **-15 à -20%\*** sur les **prothèses dentaires** et **l'orthodontie**.
- **Environ -35%\*** sur l'intégralité des gammes d'**appareils auditifs**.
- **-15%\*** sur les consultations de 380 **diététiciennes** et 360 **ostéopathes** et **chiropracteurs**.
- **-5%** de remise sur le **coaching sportif** (cours individuel ou semi-collectif, à domicile, en extérieur ou en salle de sport).

\* Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2017-2018.

## LES SERVICES SANTECLAIR :



Analyse de devis



Géolocalisation des partenaires



Téléconsultation  
(5x / pers. / an)



Calcul du reste à charge



Prise de RDV en ligne



Coaching nutrition



Conseil en automédication



Service de deuxième avis médical



Coaching sommeil

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurances : MILTIS - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Co-concepteur : AFI assurances – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 027 969 et régi par le Code des assurances

Garantie : LIBERTEO 100% SANTÉ

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « Liberteo 100% Santé » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable, y compris à compter du 01/01/2020.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

**Les garanties de base, prévues sur l'ensemble des niveaux, sont les suivantes :**

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport (hors cures thermales).
- ✓ **Soins courants** : Consultations médicales, actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie ; radiologue, imagerie, échographie, actes techniques médicaux ATM, laboratoires ; hospitalisation à domicile ; analyses, auxiliaires médicaux.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments et homéopathie pris en charge par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres). Équipement optique, lentilles prises en charge par le régime obligatoire, 100% Santé optique (au 01/01/2020).
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlays-core, orthodontie et implantologie (remboursés par la Sécurité Sociale).
- ✓ **Appareillage et prothèses médicales** : Prothèses et appareillage (autres que dentaires et audio).
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses auditives, 100% Santé Prothèses auditives (au 01/01/2021).
- ✓ **Prévention et bien-être** : Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire (honoraires, frais d'établissement, transport et hébergement), prise en charge de tous les actes de prévention prévus dans le contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006).

**Les garanties complémentaires, prévues uniquement sur les niveaux 2 à 8, sont les suivantes :**

- **Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, lit d'accompagnement, confort hospitalier (tel, internet, télévision).
- **Pharmacie** : médicaments non pris en charge par le régime obligatoire (y compris vaccins et contraceptifs).



### Qu'est-ce qui est assuré (suite) ?

**Les garanties complémentaires, prévues sur les niveaux 2 et 8, sont les suivantes (suite) :**

- **Dentaire** : Implants ou orthodontie adulte non pris en charge par le régime obligatoire.
- **Optique** : Forfait annuel pour lentilles prescrites non prises en charge par le régime obligatoire ; chirurgie réfractive de l'œil (par an et œil).
- **Appareillage et prothèses médicales** : Complément pour petit appareillage.
- **Prévention et bien-être** : Médecine naturelle.

**La garantie optionnelle, prévue sur les niveaux 2 à 8 uniquement, est la suivante :**

- **Option éco** : réduction de cotisation contre une non-prise en charge d'un bloc indissociable de garanties souscrites (chambre particulière et médicaments prescrits non prise en charge par le régime obligatoire).

**Les services prévus sur l'ensemble des niveaux sont les suivants :**

- ✓ **Assistance accompagnement,**
- ✓ **Tiers payant,**
- ✓ **Télé médecine,**
- ✓ **Réseaux de soins,**
- ✓ **Décompte en ligne.**

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - Dans les établissements et services sociaux.
  - Dans les établissements médico-sociaux et médicopédagogiques.
  - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
  - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

AFI assurances

Société à responsabilité limitée au capital de 10 000 € - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°07 027 969 www.oriass.fr - RCS Evry 404 414 583 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY CEDEX

Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 - Siège social : 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON



## Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

### Les principales restrictions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### Les principales restrictions sont les suivantes :

#### ! Hospitalisation et maternité :

- Prise en charge limitée au ticket modérateur et au forfait hospitalier dans les 30 jours suivants la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- Forfait journalier hospitalier : exclusion en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Chambre particulière : limitée à 90 jours par an (hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique) ou 30 jours (séjours en soins de suite consécutifs à une hospitalisation) et exclue en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement pour personnes âgées, en établissement médicosociaux, établissement ne relevant des soins de suite et réadaptation, les séjours en milieu spécialisé, en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- Lit d'accompagnement et confort hospitalier : prise en charge limitée à 15 jours par an.

! **Optique** : monture prise en charge à hauteur de 150€ et un équipement tous les deux ans (réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue), puis 100€ à compter du 01/01/2020 (hors classe A).

! **Dentaire** : plafonds de remboursement (hors soins) pour les niveaux 2 à 8.

! **Prévention et bien-être** : limité à 40€ par consultation de médecine naturelle.

! **100% Santé** : prise en charge différée, à compter de 2020 (optique et dentaire) et 2021 (prothèses auditives).

! **Séjours à l'étranger** : prise en charge de soins à l'étranger à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française lors de séjours n'excédant pas trois mois par an.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Pour les frais engagés en France métropolitaine (pour les résidents à titre principal en France métropolitaine et Corse).
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de nullité du contrat l'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

#### • À la souscription du contrat

- Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
- Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

#### • En cours de contrat

- Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans les 15 jours qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'état civil ou perte de qualité d'ayant-droit, changement d'affiliation au régime obligatoire, changement de domicile ou départ de France pour plus d'un an, changement ou cessation de profession, changement du département de résidence, changement de compte bancaire débité, existence ou cessation de garanties similaires auprès d'un autre assureur.
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• **En cas de sinistre** : fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Le paiement peut être effectué par chèque (paiement annuel uniquement) ou prélèvement bancaire.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet au siège d'AFI Assurances (gestionnaire du contrat).

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour l'année d'adhésion en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale du mois sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en adressant une lettre recommandée au siège de AFI Assurances, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY Cedex.

- A la date d'échéance principale du contrat, fixée à la date d'effet du contrat, au moins deux mois avant cette date.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

### AFI assurances

Société à responsabilité limitée au capital de 10 000 € - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°07 027 969 www.orias.fr - RCS Evry 404 414 583 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY CEDEX

### Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 - Siège social : 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON