

# Dossier de souscription

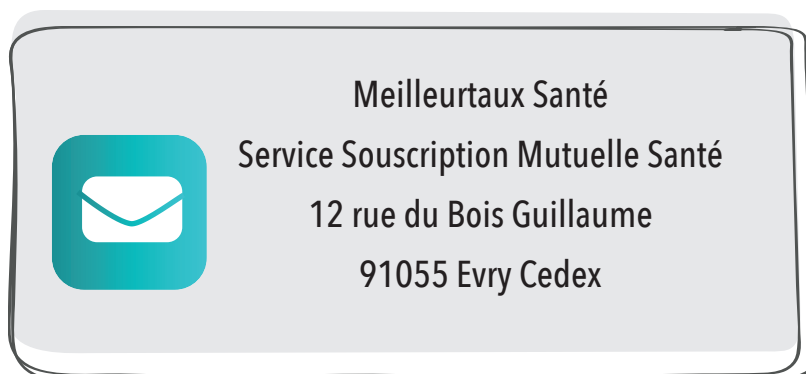
Notre offre vous a convaincu ? Pour adhérer, suivez ces 4 étapes : **meilleurtaux Santé**

1 Lisez et complétez soigneusement les 2 volets de votre demande d'adhésion

2 Réunissez les documents à nous envoyer :

- ☐ Les 2 volets de votre demande d'adhésion complétée
- ☐ Un relevé d'identité bancaire ou postal
- ☐ Une attestation de la carte vitale de chaque assuré
- ☐ La demande de résiliation de votre mutuelle actuelle, Meilleurtaux Santé se charge de l'envoyer à votre assureur, sans aucun frais pour vous  
(cf page 3 – à remplir uniquement en cas de changement de mutuelle)

3 Glissez tous ces éléments dans une enveloppe, affranchie au tarif en vigueur, et adressez-la à l'adresse suivante :



4 Et après, comment cela se passe ?

Dès réception de votre dossier, nous vous confirmons par téléphone ou par courrier de la prise d'effet de votre contrat à la date que vous nous avez mentionnée.

Vous recevrez sous 48 heures votre carte tiers-payant, et votre contrat complet.



# Remplir sa demande d'adhésion

1. Complétez les informations vous concernant

2. Indiquez les personnes que vous souhaitez assurer et toutes les informations les concernant

3. Précisez : la formule choisie, la date d'effet du contrat, le montant des cotisations mensuelles, ... indiqués sur votre devis

4. Dated et signez avec la mention manuscrite « lu et approuvé »

5. Indiquez les coordonnées postales et bancaires du titulaire du compte et de l'établissement du compte à débiter

6. Dated et signez avec la mention manuscrite « lu et approuvé »

**meilleurtaux** Santé

**Bulletin d'adhésion**  
IMMÉDIAT 100% SANTÉ Famille

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

**Vous - souscripteur**

☐ M. ☐ Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ PACS / concubinage ☐ séparé(e) / divorcé(e) ☐ veuf(ve)  
Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Libellé de la voie : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone fixe : \_\_\_\_ N° de téléphone mobile : \_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Code postal de naissance : \_\_\_\_ Ville de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

**Les assurés :**

|                           | Adhérent principal<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Conjoint(e)<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 1 <sup>er</sup> enfant<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 2 <sup>ème</sup> enfant<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 3 <sup>ème</sup> enfant<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Nom :                     |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| Prénom :                  |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| Né(e) le :                | ____/____/____                                                              | ____/____/____                                                       | ____/____/____                                                                  | ____/____/____                                                                   | ____/____/____                                                                   |
| CSP :                     |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| Régime :                  |                                                                             |                                                                      | Ayant droit de :                                                                | Ayant droit de :                                                                 | Ayant droit de :                                                                 |
| N° Sécu. Sociale :        | ____/____/____                                                              | ____/____/____                                                       | <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme                        | <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme                         | <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme                         |
| Organisme d'affiliation : | ____/____/____                                                              | ____/____/____                                                       |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |

**Garanties et cotisations :**

Précédente complémentaire santé ou mutuelle : Radiée le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ auprès de \_\_\_\_\_

Formules choisies\* : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_

Option Eco ☐ oui ☐ non

Total cotisation mensuelle : y compris cotisation mensuelle à l'association APSAP : \_\_\_\_\_ €

Mode de paiement : ☐ Prélèvement automatique \*\* ☐ Chèque, à l'ordre d'AFI Assurances

Fractionnement : ☐ annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel ☐ mensuel ☐ annuel

\* Les conditions et limites de garanties sont mentionnées dans la notice d'information valant dispositions générales (réf. NI\_immédiate\_100%\_santé\_famille\_11\_2021) et reprises au tableau de garanties (réf. TG-immédiate\_100%\_santé\_famille\_11\_2021).  
\*\* J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

☐ J'exerce une activité non salariée non agricole et je souhaite bénéficier de la défiscalisation « Loi Madelin » (\*) en adhérant à l'association APSAP.  
(\*) Joindre les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite, attestant que je suis à jour de mes cotisations et éventuellement ceux de mon conjoint(e) et de mes enfants.

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Meilleurtaux Santé est une marque exploitée par AFI ASSURANCES (société du Groupe Meilleurtaux) - SAS au capital de 10 000 euros, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry-Courcouronnes Cedex RCS Evry 404 414 583 - Courtier en assurance ORIAS n°07027969 (www.orientas.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle souscrite auprès de MMA. Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

**meilleurtaux** Santé

**Bulletin d'adhésion**  
IMMÉDIAT 100% SANTÉ Famille

**Déclarations et signatures :**

Je déclare :

- adhérer à l'association APSAP et au contrat groupe souscrit par elle pour la garantie Immédiate 100% Santé Famille.
- sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette demande d'adhésion et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité. Je dois déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise le gestionnaire à établir une liaison directe (télédéclaration) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique ;
- avoir pris connaissance de la Notice d'information du contrat d'assurance famille de santé « Immédiate 100% Santé Famille », référence NI\_immédiate\_100%\_santé\_famille\_11\_2021 et du tableau de garanties, référence TG-immédiate\_100%\_santé\_famille\_11\_2021, ainsi que la fiche RDS, des statuts de l'association APSAP et de MILTIS, et la notice d'assistance qui m'ont été remis et en accepter les termes ;
- avoir reçu le document d'information relatif aux frais de gestion et au rapport prestations/cotisations ;
- être informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires selon les modalités prévues dans la présente demande d'adhésion ainsi que la Notice d'information de la garantie Immédiate 100% Santé Famille ;
- attester sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion.
- accepter de recevoir des informations à caractère commercial de la part de l'assureur. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (dossier BLOCTEL).

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le jour de la réception au siège d'Meilleurtaux Santé, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1<sup>re</sup> cotisation.

**Protection des données personnelles :**

J'atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions relatives au recueil et aux finalités de traitement de mes données personnelles (ci-dessous retranscrites) et à avoir donné, à cet effet, mon consentement. Les informations recueillies par Meilleurtaux Santé font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la gestion, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association APSAP et à MILTIS. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles sont conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susmentionnées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services comptables de Meilleurtaux Santé, l'APSAP (association souscriteur), MILTIS ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Meilleurtaux Santé prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser : à l'attention du Service de Protection des Données, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 Evry Cedex ou dpo-santé@meilleurtaux.com. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3, place de Fontenay - 75003 PARIS. Meilleurtaux Santé se charge de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

**Paiement des prestations :**

Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Fait le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature précédée de la mention « lu et approuvé » : \_\_\_\_\_

**Mandat de prélèvement SEPA :**

Référence unique du mandat (communiquée ultérieurement) : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise AFI Assurances (Meilleurtaux Santé) à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et à ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'AFI Assurances (Meilleurtaux Santé). Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité. Je dois déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise le gestionnaire à établir une liaison directe (télédéclaration) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique ;

**Coordonnées du débiteur**

☐ M. ☐ Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Compte à débiter**

IBAN : \_\_\_\_\_ BIC : \_\_\_\_\_

**Nom et adresse du créancier**

AFI ASSURANCES  
12 rue du Bois Guillaume  
91055 EVRY CEDEX  
ICS: FR15222600267

Type de paiement

☐ Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » : \_\_\_\_\_

# Résilier sa mutuelle actuelle

Modèle à compléter et joindre à votre dossier uniquement en cas de changement de mutuelle

A quel moment puis-je résilier mon contrat de mutuelle ?

- ☐ À sa date échéance anniversaire (en général 2 à 3 mois de préavis)
- ☐ À sa date échéance anniversaire en application de la loi Châtel (en général 20 jours à réception de l'échéancier)
- ☐ Lors d'un changement de domicile, de situation, de profession ou de retraite (dans un délai d'un mois)
- ☐ En cas d'augmentation de la cotisation (dans un délai d'un mois)
- ☐ À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat (dans un délai d'un mois)



Expéditeur (nom et adresse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RECOMMANDÉ avec AR

Objet : Résiliation du contrat d'assurance N° \_\_\_\_\_

Monsieur le directeur de la Société

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Monsieur le Directeur,

Veuillez noter, par la présente lettre recommandée, que j'entends faire cesser les effets du contrat référencé ci-dessus :

- ☐ A la date d'échéance principale, soit le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, conformément aux dispositions tant générales que particulières du contrat.
- ☐ A la date d'échéance principale, soit le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, conformément à l'article L.113-15-1 du Code des Assurances stipulant que «la reconduction des contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles peut être dénoncée dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance annuel» - cachet de la poste faisant foi.
- ☐ Dans un délai d'un mois à dater de la présente, conformément aux dispositions de l'article L 113-16 du Code des Assurances par suite de survenance d'un des événements suivants :
  - ☐ Changement de domicile,
  - ☐ Changement de situation ou de régime matrimonial,
  - ☐ Changement de profession,
  - ☐ Retraite ou cessation d'activité professionnelle.
- ☐ Par suite de l'augmentation de votre tarif, cette résiliation prenant effet 30 jours après l'envoi de la présente lettre.
- ☐ Résiliation infra-annuelle : En application de l'article L113-15-2 du Code des assurances ou de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité ou de l'article L932-12-1 du Code de la sécurité sociale. Cette résiliation prendra effet le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à 24h00, le nouveau contrat souscrit prenant effet le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à 00h00. À compter de cette date, le risque couvert par ce contrat sera assuré auprès de \_\_\_\_\_, sous la référence suivante : \_\_\_\_\_. La continuité de ma couverture sera donc assurée durant l'opération de résiliation. Par conséquent, je vous demande de bien vouloir me rembourser le solde des cotisations ou primes perçues dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Précédée de la mention «lu et approuvé»

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant

## Vous - souscripteur

☐ M. ☐ Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ PACS / concubinage ☐ séparé (e) / divorcé(e) ☐ veuf(ve)  
 Adresse : N° : \_\_\_\_ Libellé de la voie : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone fixe : \_\_\_\_ N° de téléphone mobile : \_\_\_\_  
 E-mail : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Code postal de naissance : \_\_\_\_ Ville de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

## Les assurés :

|                           | Adhérent principal<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Conjoint(e)<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 1 <sup>er</sup> enfant<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 2 <sup>ème</sup> enfant<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 3 <sup>ème</sup> enfant<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Nom :                     |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| Prénom :                  |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| Né(e) le :                | ____/____/____                                                              | ____/____/____                                                       | ____/____/____                                                                  | ____/____/____                                                                   | ____/____/____                                                                   |
| CSP :                     |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| Régime :                  |                                                                             |                                                                      |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |
| N° Sécu. Sociale :        | ____                                                                        | ____                                                                 | Ayant droit de :<br><input type="checkbox"/> M.<br><input type="checkbox"/> Mme | Ayant droit de :<br><input type="checkbox"/> M.<br><input type="checkbox"/> Mme  | Ayant droit de :<br><input type="checkbox"/> M.<br><input type="checkbox"/> Mme  |
| Organisme d'affiliation : | ____                                                                        | ____                                                                 |                                                                                 |                                                                                  |                                                                                  |

## Garanties et cotisations :

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Précédente complémentaire santé ou mutuelle :                                     | Radiée le ____/____/____ auprès de _____                                                                                                                                                                                   |                                                             |
| Formules choisies* :                                                              | Code : _____                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
| Option Eco                                                                        | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                  |                                                             |
| Total cotisation mensuelle : y compris cotisation mensuelle à l'association APSAP | ____ €                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| Mode de paiement :                                                                | <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique **                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Chèque, à l'ordre d'AFI Assurances |
| Fractionnement :                                                                  | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel<br>Date du prélèvement : <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> Annuel                             |

\*Les conditions et limites de garanties sont mentionnées dans la notice d'information valant dispositions générales (réf. NI\_immediat\_100%\_sante\_famille\_11\_2021) et reprises au tableau de garanties (réf. TG-Immédiat\_100%\_sante\_famille-11/2021).

\*\* J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

☐ J'exerce une activité non salariée non agricole et je souhaite bénéficier de la défiscalisation « Loi Madelin » (\*) en adhérent à l'association APSAP.

(\*) Joindre les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite, attestant que je suis à jour de mes cotisations et éventuellement ceux de mon conjoint(e) et de mes enfants.

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

### Déclarations et signatures :

« Je déclare :

- adhérer l'association APSAP et au contrat groupe souscrit par elle pour la garantie Immédiat 100% Santé Famille.
- sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette demande d'adhésion et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité. Je devrais déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise le gestionnaire à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique ;
- avoir pris connaissance de la Notice d'information du contrat d'assurance frais de santé « Immédiat 100% Santé Famille », référencée NI\_immediat\_100%\_sante\_famille\_03\_2022 et du tableau de garanties, référencé TG-immédiat\_100%\_santé\_famille\_03/2022, ainsi que la fiche IPID, des statuts de l'association APSAP et de Miltis, et la notice d'assistance qui m'ont été remis et en accepter les termes ;
- avoir reçu le document d'information relatif aux frais de gestion et au rapport prestations/cotisations ;
- être informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires selon les modalités prévues dans la présente demande d'adhésion ainsi que la Notice d'information de la garantie Immédiat Santé offre Famille ;
- attester sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion.
- J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial de la part de l'Assureur. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (dispositif BLOCTEL).

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le jour de la réception au siège d'Meilleurtaux Santé, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

#### Protection des données personnelles :

J'atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions relatives au recueil et aux finalités de traitement de mes données personnelles (ci-dessous retranscrites) et à avoir donné, à cet effet, mon consentement. Les informations recueillies par Meilleurtaux Santé font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association APSAP et à MILTIS. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de Meilleurtaux Santé, l'APSAP (association souscriptrice), MILTIS ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Meilleurtaux Santé prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser : à l'attention du Service de Protection des Données, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 Evry Cedex ou dpo-sante@meilleurtaux.com. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3, place de Fontenoy – 75007 PARIS. Meilleurtaux Santé se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

### Païement des prestations :

Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Fait le :

à :

**Signature** précédée de la mention « lu et approuvé »

### Mandat de prélèvement SEPA:

Référence unique du mandat (*communiquée ultérieurement*) : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise AFI assurances (Meilleurtaux Santé) à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'AFI assurances (Meilleurtaux Santé). Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

#### Coordonnées du débiteur

☐ M. ☐ Mme Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :    Ville : \_\_\_\_\_

#### Compte à débiter

IBAN :

BIC :

#### Nom et adresse du créancier

**AFI ASSURANCES**  
12 rue du Bois Guillaume  
91055 EVRY CEDEX  
ICS: FR15ZZZ600267

#### Type de paiement

☐ Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel

Le :    Fait à : \_\_\_\_\_

**Signature** : précédée de la mention « lu et approuvé »

### Informations relatives aux frais de gestion

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé.

Veuillez prendre connaissance de ces informations avant la signature de votre demande d'adhésion :

- Le rapport prestations/cotisations<sup>(1)</sup> est de **61,70%**
- Le taux des frais de gestion<sup>(2)</sup> s'établit à **31,85%**

<sup>(1)</sup>Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

<sup>(2)</sup>Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

### Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours (14) calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

### Modèle de lettre de renonciation à l'adhésion d'une complémentaire Santé

**Destinataire :** Meilleurtaux Santé – 12 rue du Bois Guillaume – 91055 Evry-Courcouronnes Cedex

**Objet :** Renonciation à l'adhésion de la garantie [Nom de la garantie]

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro du membre participant] demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA].

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

A [lieu], le [date sous le format JJ/MM/AAA].

Signature



|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |                                            |                                  | NIVEAU 1               | NIVEAU 2           | NIVEAU 3           | NIVEAU 4           | NIVEAU 5           | NIVEAU 6           | NIVEAU 7           | NIVEAU 8           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Âge limite de souscription                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |                                            |                                  | 54 ans                 | 54 ans             | 54 ans             | 54 ans             | 54 ans             | 54 ans             | 54 ans             | 54 ans             |
| HOSPITALISATION & MATERNITÉ <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                                   |                                                                                      |                                            |                                  |                        |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité) <sup>(2)</sup>                                                                                                                               |                                                                                      |                                            |                                  | Rembst<br>intégral     | Rembst<br>intégral | Rembst<br>intégral | Rembst<br>intégral | Rembst<br>intégral | Rembst<br>intégral | Rembst<br>intégral | Rembst<br>intégral |
| Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité) <sup>(2)</sup>                                                                                                                           |                                                                                      |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               |
| Honoraires : chirurgie,<br>anesthésie, obstétrie (hors<br>chirurgie dentaire)                                                                                                                                | Dans le cadre<br>OPTAM ou<br>OPTAM CO*                                               | Dès la 1 <sup>ère</sup> année              |                                  | 100%                   | 125%               | 150%               | 175%               | 200%               | 250%               | 300%               | 350%               |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      | BONUS<br>FIDÉLITÉ                          | Dès la<br>3 <sup>ème</sup> année | 125%                   | 150%               | 175%               | 200%               | 225%               | 275%               | 325%               | 375%               |
| Honoraires : chirurgie,<br>anesthésie, obstétrie (hors<br>chirurgie dentaire)                                                                                                                                | Hors OPTAM / OPTAM CO*                                                               |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 105%               | 130%               | 155%               | 180%               | 200%               | 200%               |
| Forfait journalier hospitalier <sup>(3)</sup>                                                                                                                                                                |                                                                                      |                                            |                                  | Frais réels            | Frais réels        | Frais réels        | Frais réels        | Frais réels        | Frais réels        | Frais réels        | Frais réels        |
| Exclu si<br>option éco                                                                                                                                                                                       | Chambre particulière <sup>(4)</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            | 5€/jour            | 5€/jour            | 5€/jour            | 5€/jour            | 5€/jour            | 5€/jour            |
| SOINS COURANTS                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |                                            |                                  |                        |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Honoraires médicaux de<br>médecins spécialistes et<br>généralistes - Radiologue,<br>imagerie, échographie, actes de<br>techniques médicaux ATM                                                               | Dans le cadre<br>OPTAM ou<br>OPTAM CO*                                               | Dès la 1 <sup>ère</sup> année              |                                  | 100%                   | 100%               | 125%               | 150%               | 175%               | 200%               | 250%               | 300%               |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      | BONUS<br>FIDÉLITÉ                          | Dès la<br>3 <sup>ème</sup> année | 125%                   | 125%               | 150%               | 175%               | 200%               | 225%               | 275%               | 325%               |
| Honoraires médicaux de<br>médecins spécialistes et<br>généralistes, actes d'obstétrique,<br>actes d'anesthésie, actes de<br>chirurgie                                                                        | Hors OPTAM / OPTAM CO*                                                               |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 100%               | 125%               | 150%               | 175%               | 200%               | 200%               |
| Analyses et examens de laboratoires                                                                                                                                                                          |                                                                                      |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 105%               | 130%               | 155%               | 180%               | 200%               | 200%               |
| Honoraires paramédicaux                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               |
| Hospitalisation à domicile                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               |
| Matériel médical :<br>- prothèses et appareillages (autres que dentaires et aides auditives)<br>- complément pour petit appareillage, forfait par an                                                         |                                                                                      |                                            |                                  | 100%<br>-              | 100%<br>30€        | 100%<br>50€        | 100%<br>75€        | 100%<br>100€       | 100%<br>125€       | 100%<br>150€       | 100%<br>200€       |
| Médicaments remboursés par le RO                                                                                                                                                                             |                                                                                      |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               |
| Exclu si<br>option éco                                                                                                                                                                                       | Médicaments prescrits non remboursés par le RO (y compris<br>vaccins, contraceptifs) |                                            |                                  | -                      | 30€/an             | 30€/an             | 40€/an             | 40€/an             | 50€/an             | 50€/an             | 60€/an             |
| OPTIQUE                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                            |                                  |                        |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte <sup>(5)</sup> dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de plus de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans |                                                                                      |                                            |                                  |                        |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
|  100% SANTÉ                                                                                                                |                                                                                      | Verres classe A                            |                                  | REMBOURSEMENT INTÉGRAL |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      | Montures classe A                          |                                  | REMBOURSEMENT INTÉGRAL |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
| Forfait optique équipement<br>complet remboursé par le RO (2<br>verres + montures) <sup>(6)</sup>                                                                                                            | 2 verres simples<br>ou 1 verre<br>simple et 1 verre<br>complexe ou<br>très complexe  | 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année |                                  | 100%                   | 125€               | 150€               | 200€               | 250€               | 300€               | 350€               | 400€               |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      | BONUS<br>FIDÉLITÉ                          | Dès la<br>3 <sup>ème</sup> année | 100%                   | 150€               | 200€               | 250€               | 300€               | 350€               | 400€               | 420€               |
|                                                                                                                                                                                                              | 2 verres<br>complexes<br>ou très<br>complexes                                        | 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année |                                  | 100%                   | 200€               | 250€               | 300€               | 350€               | 400€               | 450€               | 500€               |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      | BONUS<br>FIDÉLITÉ                          | Dès la<br>3 <sup>ème</sup> année | 100%                   | 250€               | 300€               | 350€               | 400€               | 450€               | 500€               | 550€               |
|                                                                                                                                                                                                              | Dont montures classe B                                                               |                                            |                                  | 100%                   | 30€                | 50€                | 50€                | 50€                | 100€               | 100€               | 100€               |
| Supplément et prestations                                                                                                                                                                                    |                                                                                      |                                            |                                  | 100%                   | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               | 100%               |
| Forfait annuel pour lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO <sup>(8)</sup>                                                                                                                    |                                                                                      |                                            |                                  | 100% <sup>(7)</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€               |



Âge limite de souscription

| NIVEAU 1<br>54 ans | NIVEAU 2<br>54 ans | NIVEAU 3<br>54 ans | NIVEAU 4<br>54 ans | NIVEAU 5<br>54 ans | NIVEAU 6<br>54 ans | NIVEAU 7<br>54 ans | NIVEAU 8<br>54 ans |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|

### DENTAIRE

|  Soins et prothèses 100% SANTE                                                                                   |                               | Selon le décret               |  | REMBOURSEMENT INTÉGRAL |      |         |           |           |           |           |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|------------------------|------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 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 remboursés par le RO (hors panier de soins 100% santé)                                                                                         | Dès la 1 <sup>ère</sup> année |                               |  | 100%                   | 150% | 200%    | 250%      | 275%      | 300%      | 350%      | 400%      |
|                                                                                                                                                                                                  | <b>BONUS FIDÉLITÉ</b>         | Dès la 3 <sup>ème</sup> année |  | 125%                   | 175% | 250%    | 275%      | 300%      | 325%      | 375%      | 425%      |
| Orthodontie remboursée par le RO                                                                                                                                                                 |                               |                               |  | 100%                   | 100% | 125%    | 150%      | 175%      | 200%      | 250%      | 300%      |
| Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés, orthodontie pour adulte) par an et par bénéficiaire                                                                                   |                               |                               |  | -                      | 100€ | 150€    | 200€      | 250€      | 300€      | 350€      | 400€      |
| Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100% Santé – Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur |                               |                               |  | -                      | -    | 800€/an | 1.000€/an | 1.000€/an | 1.200€/an | 1.200€/an | 1.200€/an |

### AIDES AUDITIVES

|  Equipements100% SANTE Prothèses Auditives (classe I) | Selon le décret |      | REMBOURSEMENT INTÉGRAL |      |      |      |      |      |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|------------------------|------|------|------|------|------|------|--|
| Appareillages et prothèses auditives                                                                                                  | 100%            | 100% | 100%                   | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |  |
| Forfait appareillages et prothèses auditives pris en charge par le RO - hors 100% santé - par an                                      | -               | 100€ | 200€                   | 300€ | 400€ | 500€ | 600€ | 700€ |      |  |
| Accessoires et piles                                                                                                                  | 100%            | 100% | 100%                   | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |  |

### PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

|                                                                                                                                                                                           |                                             |      |        |        |         |         |         |         |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 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 |
| Cure thermale remboursée 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%   | 100%   | 125%    | 150%    | 175%    | 200%    | 200%    |
|                                                                                                                                                                                           | Frais d'établissement                       | 100% | 100%   | 125%   | 150%    | 175%    | 200%    | 250%    | 300%    |
|                                                                                                                                                                                           | Transport et hébergement (par an)           | -    | 50€    | 100€   | 150€    | 175€    | 200€    | 250€    | 300€    |
| 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 | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Tiers payant                                | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Télémédecine (5 consultations / an / pers.) | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Réseaux de soins                            | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui |
| Décompte en ligne et espace adhérent        | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui | oui |

### OPTION ÉCO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option. Elle s'applique des formules 2 à 8 (pas à la formule 1). Vous bénéficiez alors d'une réduction de cotisation. 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 éco 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 éco, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à cette option sera exclue.

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 à l'exception de l'équipement optique, où les forfaits en euros incluent la 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'acquisition de l'équipement optique sauf dérogations prévues dans la notice d'information. Pour les aides auditives, 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 restants 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 l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.



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.

\* 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 Obstétrique.

(1) Pendant les 90 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 journalier hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(2) Prise en charge des frais de séjour à hauteur de la garantie pour une durée limitée : 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). Au-delà de cette limite, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(3) Illimité dans les établissements sanitaires.

Sont exclus les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

(4) Durée limitée à 90 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique. 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 médico-sociaux, les établissements en soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), les séjours en maison de repos, de convalescence ou de rééducation. (5) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(6) 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 pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogation indiquées dans la Notice d'information.

En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A).

Corrections visuelles (définition contrat responsable) :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres 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 ;
- verres 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 ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres 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.»

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

(8) lorsque le forfait en euros est atteint, seules les lentilles remboursées par le RO sont prises en charge, à hauteur de 100% BRSS

## Vous avez plus de 55 ans ? Découvrez Immédiat 100% Santé Senior, avec des garanties adaptées pour les + de 55 ans !



**meilleurtaux Santé**

**Immédiat 100% Santé Senior**



**Vous souhaitez davantage de renseignements ? Contactez nos conseillers :**



**01 83 77 57 30**



**[conseillersante@meilleurtaux.com](mailto:conseillersante@meilleurtaux.com)**

Meilleurtaux Santé est une marque exploitée par AFI ASSURANCES (société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 10.000 euros, 12 rue du Bois Guillaume – 91055 Evry Courcouronnes Cedex – RCS Evry 404414583 – Courtier en assurance ORIAS n°07027969 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle souscrite auprès de MMA.

Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)

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



### Réseau Optique

Un réseau à numerus clausus

Verres : Jusqu'à **- 45%** d'économies sur les verres 100% de grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss ou Zeiss).

Montures : Jusqu'à **20%** de réduction et **80** montures « Origine France Garantie »  

**15%** de remise sur tous les autres produits (solaires, produits lentilles...)

Des rendez-vous sous **15 jours** chez un **ophtalmologiste** grâce aux centres partenaires (52 centres)

**45** centres partenaires pour la chirurgie réfractive



### Réseau Dentaire

+ de 2 800 praticiens partenaires et + de 700 dentistes disponibles via TP+.

Jusqu'à **10%** d'économies sur les principales prothèses à prix libre et l'orthodontie

Jusqu'à **35%** d'économies sur l'ensemble des actes d'implantologie (dans l'un des 70 cabinets spécialisé partenaires)

Orthodontie adulte (invisible par aligneur) : Jusqu'à **40%** d'économies sur le traitement



### Réseau Audioprothèse

+ de 1 200 centres auditifs partenaires et + de 3 000 centres auditifs via TP+.

Jusqu'à **35%** d'économies sur l'intégralité des gammes (classe 2).

Assistants d'écoute/Accessoires (produits d'entretien, bouchons, chargeurs...) : **10%** de remise.

### Médecines douces

Ostéopathie/chiropraxie :

370 partenaires et + de 1370 dans l'annuaire enrichi (jusqu'à 15% de remise auprès des partenaires)

Sommeil :

Offre digitale programme de coaching sommeil sans frais. Accompagnements par des coaches psychologues.

Sports

5% de remise sur les cours APA (activité physique adaptées) dans 17 disciplines et 25% sur les cours en visioconférences

Nutrition :

Offre digitale : programme de coaching nutrition sans frais, accompagnement par des coaches psychologues et nutritionnistes.

### LES SERVICES SANTÉCLAIR :



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

**Co-concepteur : Meilleurtaux Santé (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

**Compagnie : Miltis – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité**

**Produit : Immédiat 100% Santé Famille**

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle 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 « Immédiat 100% Santé Famille » 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.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

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

- ✓ **Hospitalisation et maternité**  
Frais de séjour, honoraires, forfait hospitalier, transport (hors cures thermales).
- ✓ **Soins courants**  
Honoraires médicaux, analyses et examen de laboratoire ; honoraires paramédicaux ; hospitalisation à domicile ; matériel médical (autres que dentaires et aides auditives) ; pharmacie : médicaments et homéopathie prise en charge par le régime obligatoire
- ✓ **Optique**  
Équipement optique, lentilles prescrites prises en charge par le régime obligatoire, suppléments et prestations ; 100% Santé équipement optique.
- ✓ **Dentaire**  
Soins dentaires pris en charge par le régime obligatoire ; prothèses dentaires, inlays-core, implantologie et orthodontie pris en charge par le régime obligatoire, 100% Santé soins et prothèses dentaires.
- ✓ **Aides auditives**  
Appareillage et prothèses auditives ; accessoires et piles ; 100% Santé Prothèses auditives.
- ✓ **Prévention et bien-être**  
Cure thermique prise en charge par le régime obligatoire (honoraires, frais d'établissement), prise en charge de tous les actes de prévention prévus dans le contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006).

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

- **Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, lit d'accompagnant, téléphone, internet, télévision.
- **Matériel médical** : complément pour petit appareillage
- **Pharmacie** : médicaments prescrits 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 à 8 uniquement, sont les suivantes (suite) :**

- **Optique** : chirurgie réfractive de l'œil
- **Dentaire** : implants ou orthodontie non pris en charge par le régime obligatoire.
- **Aides auditives** : forfait appareil auditif (hors 100% santé)
- **Prévention et bien-être** : médecine naturelle
- **Prévention et bien-être** : cures thermales : transport et hébergement

**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 pris 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 médico-pédagogiques.
  - 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.

Meilleurtaux Santé est une marque exploitée par AFI ASSURANCES (société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 10.000 euros, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry Courcouronnes Cedex – RCS Evry 404414583 - Courtier en assurance ORIAS n°07027969 ([www.orient.fr](http://www.orient.fr))

Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle souscrite auprès de MMA.

Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)

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 exclusions du contrat responsable sont les suivantes :**

! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.

! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés 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 90 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 gériatrie, unités de soins longue durée, établissements d'hébergement pour personnes âgées et les établissements médico-sociaux
- Frais de séjour : prise en charge des frais de séjour à hauteur de la garantie pour une durée limitée à 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, à 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). Au-delà, prise en charge sera limitée au ticket modérateur.
- Chambre particulière : limité à 90 jours par an (hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique) et exclue dans certains types d'établissements.
- Lit d'accompagnant et téléphone, internet, télévision : prise en charge limitée à 15 jours par an.

! Optique : monture prise en charge maximum à hauteur de 100,00 € et un équipement tous les deux ans (réduite à un an pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue) (hors classe A).

! Dentaire : plafonds de remboursement (hors soins) pour les niveaux 3 à 8.

! 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(e) ?

- ✓ 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 d'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 ;
- **En cours de contrat**
  - Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans les 15 jours qui suivent 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 de Meilleurtaux Santé (gestionnaire du contrat).

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus 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 ?

Le membre participant peut résilier son adhésion en utilisant tout support énuméré à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège de Meilleurtaux Santé, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY Cedex.

- A la date d'échéance principale du contrat, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

**Meilleurtaux Santé** est une marque exploitée par AFI ASSURANCES (société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 10.000 euros, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry Courcouronnes Cedex – RCS Evry 404414583 - Courtier en assurance ORIAS n°07027969 ([www.orienta.fr](http://www.orienta.fr))

**Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle souscrite auprès de MMA.**

**Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)**

**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