

				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 ⁽¹⁾											
Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité) ⁽²⁾				Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité) ⁽²⁾				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire)	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Dès la 1 ^{ère} année		100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%
		BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	125%	150%	175%	200%	225%	275%	325%	375%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire)	Hors OPTAM / OPTAM CO*			100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾				Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Exclu si option éco	Chambre particulière ⁽⁴⁾			-	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 médecins spécialistes et généralistes - Radiologue, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Dès la 1 ^{ère} année		100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
		BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	125%	125%	150%	175%	200%	225%	275%	325%
Honoraires médicaux de médecins spécialistes et généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de 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 : - prothèses et appareillages (autres que dentaires et aides auditives) - complément pour petit appareillage, forfait par an				100% -	100% 30€	100% 50€	100% 75€	100% 100€	100% 125€	100% 150€	100% 200€
Médicaments remboursés par le RO				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco	Médicaments prescrits non remboursés par le RO (y compris 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 ⁽⁵⁾ 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 complet remboursé par le RO (2 verres + montures) ⁽⁶⁾	2 verres simples ou 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année		100%	125€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
		BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	100%	150€	200€	250€	300€	350€	400€	420€
	2 verres complexes ou très complexes	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année		100%	200€	250€	300€	350€	400€	450€	500€
		BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} 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 ⁽⁸⁾				100% ⁽⁷⁾	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 54 ans	NIVEAU 2 54 ans	NIVEAU 3 54 ans	NIVEAU 4 54 ans	NIVEAU 5 54 ans	NIVEAU 6 54 ans	NIVEAU 7 54 ans	NIVEAU 8 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 ^{ère} année		100%	150%	200%	250%	275%	300%	350%	400%
	BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} 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	oui
Tiers payant	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémédecine (5 consultations / an / pers.)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne et espace adhérent	oui	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 gériatrie, 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 gériatrie, 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 !



Immédiat 100% Santé Senior



Vous souhaitez davantage de renseignements ? Contactez nos conseillers :



01 83 77 57 30



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)

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)