




À partir de 56 ans  
Âge limite de souscription

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
		85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
<b>HOSPITALISATION &amp; MATERNITE<sup>(1)</sup></b>							
<b>Honoraires :</b> chirurgie, anesthésie dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Année 1 & 2	100%	150%	200%	250%	300%	350%
	<b>Bonus fidélité : dès la 3<sup>ème</sup> année</b>	125%	200%	250%	300%	350%	400%
<b>Honoraires :</b> chirurgie, anesthésie hors OPTAM ou OPTAM CO*		100%	130%	180%	200%	200%	200%
<b>Frais de séjour</b> hospitalier <sup>(2)</sup>	En secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier <sup>(3)</sup>		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences <sup>(4)</sup>		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport (sauf cures et maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière <sup>(5)</sup>		0€	50€	70€	80€	100€	120€
Lit d'accompagnement (max 15 jours/an)		10€/jour	10€/jour	15€/jour	15€/jour	20€/jour	20€/jour
Téléphone, internet, télévision (max 15 jours/an)		5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour
<b>MEDECINE COURANTE &amp; PHARMACIE</b>							
<b>Médecins</b> spécialistes et généralistes – Radiologie – Imagerie – Actes techniques médicaux dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<b>Bonus fidélité : dès la 3<sup>ème</sup> année</b>	150%	175%	200%	250%	300%	350%
<b>Médecins</b> spécialistes et généralistes – Radiologie – Imagerie – Actes techniques médicaux hors OPTAM ou OPTAM CO*		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire <sup>(6)</sup>		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Analyses – examen de laboratoires		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaire médicaux		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médicaments prescrits remboursés		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses et appareillages (autres que dentaire et audio)		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de convention et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire (RO). Le total des remboursements du Régime obligatoire, de Meilleurtaux Santé et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et le cas échéant des Prix limites de vente (PLV) ou des Honoraires limites de facturation (HLF). Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille. 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. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties de la formule que vous aurez choisi.

\*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.

À partir de 56 ans  
Âge limite de souscription

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
		85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
<b>OPTIQUE</b>		Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception. (4)					
 Équipement « 100% Santé »	Verres classe A <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Monture classe A <sup>(a)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Équipement Hors « 100% Santé »	Verres classe B <sup>(b) (c)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Monture classe B <sup>(b)(c)</sup>	30€	30€	50€	50€	100€	100€
Lentilles prescrites remboursées par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DENTAIRE</b>							
 Soins et prothèses dentaire « 100% Santé » <sup>(a)</sup>		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses dentaire hors « 100% Santé »		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie hors « 100% Santé » remboursé par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthodontie remboursée par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>APPAREILLAGE</b>							
		Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO					
 Équipement « 100% Santé » <sup>(d)</sup>		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Équipement hors « 100% Santé » <sup>(e)</sup>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>PREVENTION ET BIEN-ÊTRE</b>							
Cure thermale prise en charge par le RO <sup>(7)</sup>		100%	125%	150%	175%	200%	250%
Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (y compris transport et hébergement) <sup>(7)</sup>		-	100€	100€	100€	200€	200€
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>SERVICES INCLUS</b>							
Assistance		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Tiers payant		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Décompte en ligne		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

- (1) Pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur uniquement sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- (2) Limités à hauteur de la garantie à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en établissements médico-sociaux tel que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD), les Unités de soins de longue durée ne relevant de la définition des établissements de santé. Au-delà de cette limite de 30 jours, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur. Pour les séjours en secteur non conventionné le montant des prestations est limité à 90% des frais réels dans la limite du pourcentage de la base de remboursement défini selon le niveau du tableau de garanties.
- (3) Illimité, à l'exception des établissements médicaux sociaux tel que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD), les Unités de soins de longue durée ne relevant de la définition des établissements de santé.
- (4) Il s'agit de la participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non-suivis d'une hospitalisation.
- (5) Durée limitée à 30 jours par an. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les séjours en établissement d'hébergement pour personnes âgées, les séjours en établissement médicaux-sociaux, les séjours dans les Services spécialisés, les séjours en Services de soins de suite ou réadaptation (SSR).
- (6) Dispositif « MonPsy », dans la limite de 8 séances par an et par assurés.
- (7) Cures thermales : prestation limitée aux frais réels et forfait uniquement versé pour les prestations remboursées par le RO. Sur présentation des justificatifs dans la limite des frais réellement engagés.

## Les + Meilleurtaux Santé



**1**  
**Conseil adapté**



**Des remboursements**  
**sous 48h**



**Service assistance disponible**  
**24/24**



**1**  
**interlocuteur unique**

### Informations 100% Santé\*

(a) Tels que définis par la réglementation. Le 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale.  
(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur. Le remboursement de la monture est limité à 100 €, remboursement du régime obligatoire inclus.

(c) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue en cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

(d) Les aides auditives entrant dans le cadre du dispositif 100% santé répondent aux conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1. du code de la Sécurité sociale

(e) Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives hors 100% santé est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

Les garanties du contrat meilleurtaux essentiel santé décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat meilleurtaux essentiel santé s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé\*»). Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu, à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale. Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessus, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.