



Meilleurtaux
Essentiel+ Santé
Non-Responsable

Tableau de Garanties

Âge limite de souscription		NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 90 ans	NIVEAU 4 90 ans
HOSPITALISATION & MATERNITE ⁽¹⁾					
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire)	OPTAM ou OPTAM ACO *	110%	125%	150%	200%
	Hors OPTAM ou OPTAM ACO *	110%	125%	150%	200%
Frais de séjour hospitalier hors secteur psychiatrique, Convalescence, Maison de repos, rééducation ⁽²⁾	En secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%
Frais de séjour en secteur spécialisé: secteur psychiatrique, Convalescence, Maison de repos, rééducation ⁽²⁾		100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgence ⁽³⁾		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Forfait actes lourds		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de transport (sauf cures et maternité) ⁽⁵⁾		100%	100%	100%	100%
Hospitalisation a domicile		100%	100%	100%	100%
<div>Exclu si option éco</div>	Chambre particulière (max 30 jours/an) ⁽⁶⁾	20€ / Jour	40€ / Jour	60€ / Jour	80€ / Jour
	Lit d'accompagnement (ascendants, descendants, collatéraux) (maxi 15 jours / an) ⁽⁷⁾	5€ / Jour	10€ / Jour	10€ / Jour	15€ / Jour
	Téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours / an)	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	10€ / jour
Assistance Hospitalisation <div>Mutuaide</div>		<ul style="list-style-type: none">• 20h d'aide ménagère,• les frais de livraison de médicaments,• 20h de garde d'enfants,		<ul style="list-style-type: none">• la visite d'un proche avec transport A/R en train et frais d'hôtel,• la garde d'animaux domestique.	
MÉDECINE COURANTE					
Médecins généralistes et spécialistes ⁽⁸⁾	OPTAM ou OPTAM ACO*	110%	125%	150%	200%
	Hors OPTAM ou OPTAM ACO*	110%	125%	150%	200%
Soins effectués à l'étranger remboursés par le Régime Obligatoire		100%	100%	100%	100%
<div>Limité au TM si option éco</div>	Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que Kinésithérapeute, Orthoptiste, Infirmier, Orthophoniste, Podologue, Sagefemme	100%	125%	150%	175%
	Analyses - Examen de laboratoires, Imagerie, Radiologie, Echographie, Acte technique médicale (ATM)	100%	125%	150%	175%
<div>viamedis</div> Profitez de téléconsultations prises en charge par l'assurance maladie. Tiers payant automatique, pas de frais à avancer. Service disponible 7 jours sur 7.					
PHARMACIE					
Médicaments prescrits remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%
<div>Exclu si option éco</div>	Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)	10€ / an	20€ / an	30€ / an	50€ / an
DENTAIRE ⁽⁹⁾					
Soins Dentaire remboursés par le RO		100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO		110%	140%	200%	240%
OPTIQUE					
Forfait global par an et par assuré - Le forfait inclus le remboursement de la Sécurité sociale					
<div>Exclu si option éco</div>	Monture et verres (Equipement de la Classe A ou B) - renouvellement tous les 2 ans	150€	200€	250€	300€
	Equipement à verres simples ou équipement avec verre simple et un verre complexe ou très complexe ou équipement avec deux verres complexes ou très complexes ⁽¹⁰⁾ Monture limitée à 100€				



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non-Responsable

Tableau de Garanties

Âge limite de souscription		NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 90 ans	NIVEAU 4 90 ans
MATERIEL MEDICAL					
Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, prothèses mammaires, gros et petit appareillage (cannes, apnée du sommeil, lit médical, fauteuil roulant, bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses...) remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%
APPAREILLAGE AUDITIF					
Aides auditives (Classe I ou Classe II) remboursées par la Sécurité sociale – Renouvellement tous les 4 ans tel que définis réglementairement – Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾		400€	500€	600€	700€
Accessoires et piles		100%	100%	100%	100%
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE					
Cure thermale prise en charge par le RO ⁽¹²⁾		100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco	Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (transport, dépassements, hébergement)	50€/an	80€/an	100€/an	150€/an
	Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, diététicien, tabacologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute (max 30€/séance) – Professionnels reconnus par un diplôme d'état	30€/an	60€/an	90€/an	120€/an

OPTION ÉCO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option. Elle s'applique des formules 1 à 4. 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, lit accompagnant, confort hospitalier, honoraires paramédicaux, analyses et examens, médicaments prescrits non remboursés, tous les équipements optique, la cure thermale, le forfait supplément cure thermale et la médecine naturelle. En conséquence, les garanties mentionnées ci-dessus ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent hors les honoraires paramédicaux et analyses qui elles sont limitées au Ticket Modérateur. 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 prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de convention et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels. Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille. Les montants annuels indiqués en euro représentent le remboursement total, Sécurité sociale comprise, dans la limite des frais réellement engagés. Ces plafonds ne peuvent être ni dépassés ni reportés d'une année sur l'autre.

*OPTAM / OPTAM-ACO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique

(1) Hospitalisation et Maternité : Pendant les 90 premiers jours suivant la Date d'effet de l'Adhésion, tous les remboursements du poste hospitalisation sont limités à la prise en charge du Ticket Modérateur uniquement, si le Ticket Modérateur est prévu par la garantie, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un Accident dans ce cas là la garantie s'applique totalement.

(2) Frais de séjour secteur spécialisé : Limités à hauteur de la garantie à 30 jours par Assuré et par an en cas d'Hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cure de désintoxication), ainsi que pour les unités de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et unités et services prévus aux articles L174-6 du code de la Sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées). Au-delà de cette limite de 30 jours, la prise en charge sera limitée au Ticket Modérateur.

(3) Forfait patient urgence : Depuis le 1er janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un «Forfait Patient Urgences (FPU)». Pour les actes lourds, il s'agit de la Participation forfaitaire que le Régime Obligatoire peut laisser à la charge des Assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur au plafond fixé par la réglementation de l'assurance maladie obligatoire.

(4) Forfait journalier hospitalier : Illimité dans les établissements santé, à l'exception des séjours en unités et Services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et ceux prévus aux articles L174-6 du code de la Sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées).

(5) Frais de transport du malade ou de l'accidenté remboursés par l'assurance maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie.

(6) Chambre particulière : Durée limitée à 30 jours par an en Hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique.

SONT EXCLUS de la garantie les séjours en gériatrie, les séjours en unités Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et dans les services prévus aux articles L174-6 du code de la sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) et les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie).

(7) Lit d'accompagnement est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 17 ans, une personne de plus de 70 ans ou encore un malade atteint d'une infirmité.

(8) Médecins généralistes et spécialistes : Les consultations de Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés, hors parcours de soins coordonnés, sont remboursées à hauteur du Ticket Modérateur uniquement.

(9) Pendant les 90 premiers jours suivant la Date d'effet de l'Adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du Ticket Modérateur.

(10) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an.



Meilleurtaux Essentiel+ Santé Non-Responsable

Tableau de Garanties

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 de classe B est limitée à 100€ et la monture de classe A est limitée à 30€.

Corrections visuelles :

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.»

(11) Forfait par an et par Assuré.

La prise en charge ne pourra dépasser 1700€ par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire. Le forfait n'est pas applicable au-delà de 300€ pour les enfants de moins de 20 ans. Les prestations sont limitées à un équipement tous les quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(12) Cures thermales : **prestation limitée aux frais réels et forfait uniquement versé pour les prestations remboursées dans le cadre de la cure thermique prescrite et prise en charge par le Régime Obligatoire. Sur présentation des justificatifs dans la limite des frais réellement engagés.**

La vie est pleine de surprises... Protégez ceux qui comptent le plus.

Un accident est si vite arrivé,

l'idéal est d'être bien assuré !



Découvrez

Nos offres prévoyance !

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

01 83 77 57 30

conseillersante@meilleurtaux.com

Distribué et co-conçu par **Meilleurtaux Santé** est une marque exploitée par **ACTIVE ASSURANCES** (société du Groupe Meilleurtaux) – SAS au capital de 30.000 euros, 95 rue d'Amsterdam – 75008 PARIS – RCS PARIS 527 496 699- Courtier en assurance ORIAS n°10058420 (www.orias.fr)

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

Assureur des garanties **PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR**, SA au capital de 81 000 000 euros entièrement versé – 343 286 183 RCS PARIS – Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : 19 rue d'Aumale – CS 40019 – 73306 Paris Cedex 09