



Âge limite de souscription

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

HOSPITALISATION & MATERNITÉ ⁽¹⁾

Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie) ⁽²⁾			Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie) ⁽²⁾			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Frais de séjour conventionné et non conventionné (maternité) ⁽²⁾			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⁽³⁾ Dès la 3 ^{ème} année	125%	150%	175%	200%	225%	275%	325%	375%
	Hors OPTAM / OPTAM CO*		100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences ⁽⁵⁾			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Exclu si option éco	Chambre particulière ⁽⁶⁾		-	40€/jour	40€/jour	50€/jour	60€/jour	70€/jour	75€/jour	80€/jour
Transport du malade (sauf cures thermales)			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco	Lit d'accompagnement (maxi 15 jours par an)		-	10€/jour	10€/jour	15€/jour	15€/jour	20€/jour	20€/jour	25€/jour
	Téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours par an)		-	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour

Assistance Hospitalisation ⁽¹³⁾

Mutuaide

- 20h d'aide ménagère,
- les frais de livraison de médicaments,
- 20h de garde d'enfants,
- la visite d'un proche avec transport A/R en train et frais d'hôtel,
- la garde d'animaux domestique.



Bénéficiez d'une orientation avant, pendant et après votre hospitalisation. Consultez le palmarès des meilleurs hôpitaux, obtenez 2^{ème} avis médical en ligne et sans frais, ainsi qu'une analyse de devis en 72h.


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⁽³⁾ 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€
Psychologues conventionnés remboursés par le RO ⁽⁷⁾			Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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



Bénéficiez de téléconsultations illimitées et sans frais. Mise en relation avec un médecin généraliste en 15 min en journée et à un spécialiste sous 3 jours maximum. Des tarifs préférentiels sur les consultations avec les diététiciennes, ostéopathes et chiropracteurs partenaires.

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) ⁽⁸⁾	BONUS FIDÉLITÉ⁽⁸⁾	Dès la 1 ^{ère} année	100%	150%	200%	250%	275%	300%	300%	325%	
		Dès la 3 ^{ème} année	125%	175%	250%	275%	300%	325%	325%	350%	
Orthodontie remboursée par le RO			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés) par an et par bénéficiaire			-	100€	150€	200€	250€	300€	300€	325€	
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	800€/an	1.000€/an	1.000€/an	1.200€/an	1.200€/an	1.200€/an	





Chez les chirurgiens dentistes partenaires Santéclair : Bénéficiez du tierspayant et de tarifs préférentiels sur les principales prothèses dentaires à prix libres. Faites analyser votre devis dentaire en ligne ou via un conseiller.



Âge limite de souscription		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7	NIVEAU 8
		85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
OPTIQUE									


Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte⁽⁹⁾ 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) ⁽¹⁰⁾	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⁽³⁾	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⁽³⁾	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				100% ⁽¹⁰⁾	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€

 SANTÉCLAIR Mon repère santé	Opticiens partenaires Santéclair : Des verres 100% de grandes marque à tarifs préférentiels, et -15% de remise minimum sur les montures. Achat de lentilles : Des tarifs préférentiels avec une remise complémentaire de 5% et le tiers-payant pour vos achat de lentilles.
--	---


AIDES AUDITIVES

 Equipements 100% 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 ⁽¹²⁾	-	100€	200€	300€	400€	500€	500€	600€	
Accessoires et piles	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

 SANTÉCLAIR Mon repère santé	Économisez jusqu'à 35% sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs auprès de partenaires du réseau. Bénéficiez de tarifs négociés pour l'offre 100% santé et de 10% de remise sur les accessoires. Faites analyser votre devis audio.
--	---

PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

Médecine naturelle : ostéopathe, diététicien, pédicure-podologue, tabacologue, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute (max 40€/consultation)		-	80€/an	80€/an	120€/an	120€/an	160€/an	160€/an	160€/an
Cure thermale remboursée par le RO	Honoraires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	225%	250%
	Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	100%	125%	150%	175%	200%	200%
	Transport et hébergement (par an)	-	50€	100€	150€	175€	200€	200€	225€
Actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable**		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

 SANTÉCLAIR Mon repère santé	Faites-vous accompagner pour votre sommeil, votre alimentation ou pour arrêter de fumer...
--	--

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 et aides auditives, 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. Le remboursement ne pourra pas être inférieur au ticket modérateur lorsque l'acte est pris en charge par le régime de base. 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.

** Actes de prévention listés à l'article R 160-5 du code de la sécurité sociale.

(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) Encadré selon les conditions précisées au sein de la notice d'information

(4) 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).

(5) Il s'agit de la participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non suivis d'une hospitalisation.

(6) Durée limitée à 90 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en obstétrique, 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.

(7) Dispositif «MonPsy», dans la limite de 8 séances par an et par assurés

(8) Pendant les 6 premiers mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements des prothèses dentaires, inlays-core et implantologie sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur.

(9) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(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 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.»

(11) Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement. Lorsque le forfait en euros est atteint, seules les lentilles remboursées par le RO sont prises en charge, à hauteur de 100% BRSS

(12) Forfait par aide auditive et par bénéficiaire. Conformément au cahier des charges du contrat responsable, 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.

(13) Il convient de se reporter à la notice d'information relative aux garanties d'assistance.

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 !

Contactez nos conseillers pour en savoir plus :

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