



meilleurtaux
Santé

Meilleurtaux Vita Santé 55+ Non-Responsable

Tableau de Garanties

	Age limite de souscription	NIVEAU 1 80 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
HOSPITALISATION & MATERNITÉ⁽¹⁾							
Honoraires Chirurgie, anesthésie, obstétric (hors chirurgie dentaire) <i>Dans le cadre OPTAM OU OPTAM CO*</i>	OPTAM ou OPTAM CO *	100%	125%	150%	175%	200%	225%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO *	100%	125%	150%	175%	200%	225%
Frais de séjour hospitalier : hors secteur psychiatrique, Convalescence, Maison de repos, rééducation ⁽²⁾	En secteur conventionné	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de séjour en secteur spécialisé : secteur psychiatrique, Convalescence, Maison de repos, rééducation ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patientielle ⁽³⁾	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Frais de transport (sauf cures et maternité)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Exclu si option éco	Chambre particulière (max 30 jours/an) ⁽⁶⁾	-	40 €	60 €	80 €	90 €	100 €
	Lit d'accompagnement (maxi 15 jours / an) ⁽⁷⁾	-	10€ / Jour	10€ / Jour	10€ / Jour	15€ / Jour	20€ / Jour
	Téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours / an)	-	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	10€ / jour	10€ / jour
Assistance Hospitalisation	Mutuaide	<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 spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	125%	150%	175%	200%	225%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	125%	150%	175%	200%	225%
Auxiliaire médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses - examen de laboratoires	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco	Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, nutritionniste, naturopathe, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, psychologue, sexologue (maxi 30€ / séance) - Professionnels de santé reconnus par un diplôme d'état	-	30€ / an	60€ / an	90€ / an	120€ / an	150€ / an
viamedis	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	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Exclu si option éco	Médicaments prescrits non remboursés ⁽⁸⁾ (y compris vaccins, contraceptifs)	-	20€ / an	30€ / an	40€ / an	50€ / an	60€ / an
DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)							
Soins Dentaire remboursés par le RO	100%	125%	150%	175%	200%	225%	
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO	100%	150%	200%	225%	250%	275%	
Orthodontie remboursée par le RO	100%	125%	150%	175%	200%	225%	
Exclu si option éco	Dentaire non remboursé par le RO ⁽⁹⁾ (implants non remboursés, orthodontie pour adulte, prothèses dentaire)	Forfait par an	-	125 €	150 €	175 €	200 €
Plafond annuel de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) – au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur	-	800€ / an	1000€ / an	1200€ / an	1400€ / an	1600€ / an	



meilleurtaux
Santé

Meilleurtaux Vita Santé 55+ Non-Responsable

Tableau de Garanties

Âge limite de souscription	NIVEAU 1 80 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
----------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

OPTIQUE

Forfait Optique, équipement complet remboursé par le RO (2 verres + Montures) - Équipement Classe A et Classe B ⁽⁷⁾	Monture + 2 verres simples	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Remboursement monture (classe A) plafonné à 30€ Remboursement monture (classe B) plafonné à 100€	Monture+ 1 verre simple + 1 Complexé ou très complexe	100%	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	Monture + 2 Verres complexes ou très complexe	100%	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Exclusif option éco	Lentilles prescrites remboursées ou non par le RO ⁽¹¹⁾	Forfait par an	-	40 €	60 €	80 €	100 €
	Chirurgie réfractive des yeux	Forfait par an	-	130 €	150 €	180 €	200 €
							220 €

APPAREILLAGE ET PROTHÈSE

Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément pour petit appareillage	Forfait par an	-	50 €	100 €	175 €	225 €	275 €

APPAREILLAGE AUDITIF

Équipement remboursé par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif pris en charge par le RO ⁽¹²⁾ (forfait par oreille)		100€	150€	250€	400€	500€	600€
Accessoires et piles		100%	100%	100%	100%	100%	100%

PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

Cure thermale prise en charge par le RO ⁽¹³⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Exclusif option éco	Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (transport, hébergement)	Forfait par an	-	50 €	100 €	125 €	150 €
							200 €

«Actes de prévention (toutes les prestations de prévention couvertes par les régimes obligatoires)»

OPTION ÉCO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option. Elle s'applique des formules 2 à 6 (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, frais accompagnant, confort hospitalier, médecine naturelle, médicament prescrits non remboursés, lentilles prescrites, chirurgie réfractive des yeux, dentaire non remboursé et le forfait supplémentaire cure thermale. 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 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 en euro figurant dans ce tableau représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

(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 milieu spécialisé (psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cure de désintoxication), ainsi que pour les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) 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) Depuis le 1er janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un «forfait patient urgences (FPU)».

(4) Illimité dans les établissements santé, à l'exception des séjours en unités et services de soins de suite et de réadaptation (SSR) 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) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret



meilleurtaux
Santé

Meilleurtaux Vita Santé 55+ Non-Responsable

Tableau de Garanties

(6) Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique. SONT EXCLUS de la garantie les séjours en gérontologie, les séjours en unités soins de suite et de réadaptation (SSR) 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 de suite et de réadaptation (SSR), 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 pris en charge pour un enfant hospitalisé jusqu'à 17 ans inclus en établissement de santé.

(8) Les médicaments, les préparations (magistrales, officinales...) et les autres produits pharmaceutiques, non remboursés par l'assurance maladie Obligatoire, dont la TVA est fixée à l'article 278 quater du Code Général des Impôts, sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve des limitations prévues au tableau de garanties.

(9) Ce forfait rembourse uniquement ces prestations si elles sont inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) ou la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), à l'exception :

- des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires
- des implants pour lesquels seuls le pilier est nomenclaturé tout en étant non pris en charge par le Régime Obligatoire

(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.

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) 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 an et par bénéficiaire. 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 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

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

*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. ** SSR : Etablissement de soins de suite et de réadaptation

Ce contrat est soumis au hors parcours de soins

**Vous souhaitez plus 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 404 414 583 – 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)

Assureur des garanties : MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES, 9 rue Cornélie Gémond CS 80975 Grenoble Cedex 1

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 449 571 256

Association ANASAP – Association Nouvelle d'Assurance Santé Prévoyance, souscriptrice du contrat – Association régie par la loi 1901 – 95 rue d'Amsterdam 75008 Paris