

## Vos prestations prises en charge

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 € 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 ou des renforts optionnels.

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 dérogation dans les dispositions particulières.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. 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 sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### « Niveau Hospi Seule »

La garantie « Niveau Hospi seule » ne s'inscrit pas 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 ».

Frais pris en charge Lumineis	Niveau Hospi seule
<b>HOSPITALISATION (chirurgicale, maternité, à domicile, en établissements et unités spécialisés)</b>	
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné	250 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (1)	40 € /jour
BONUS FIDELITE après 1 an d'adhésion	65 € /jour
BONUS FIDELITE après 2 ans d'adhésion	70 € /jour
Séjour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans ou d'une personne de plus de 70 ans (maximum 60 jours par an)	40 € /jour
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels (2)
<b>Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné</b>	
Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250 % BRSS (limite à 100% la 1ère année d'adhésion)
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250 % BRSS (limite à 100% la 1ère année d'adhésion)
<b>SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER</b>	
Soins et prestations inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base	150 % BRSS
<b>SOINS COURANTS</b>	
Transport	150 % BRSS (3)
Actes de prévention pris en charge par le régime de base	100 % BRSS
<b>Services</b>	
Tiers payant	Oui
Assistance	Oui

Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	Oui
Protection et assistance juridique	Oui
Prévention, conseil médical et consultation en ligne - Second avis médical	Non

\*Tels que définis réglementairement.

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (**hors psychiatrie**), limitée à **90 jours par an pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclue pour les établissements et unités psychiatriques**

(2) Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale, médicale et maternité et **limitée à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés (établissements psychiatriques, de soins de suite ou de réadaptation)**.

(3) Uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

(4) **Prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique de maximum de cent euros (100,00 €)** (hors monture classe A).

Verres simples : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6. Verres complexes : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

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

(6) **PLV de la monture en classe A : trente € (30,00 €)**.

(7) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**

(8) **Dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans.**

## LES + PRODUIT

### Couverture immédiate

- Une adhésion rapide **sans formalités médicales**,
- **Pas de délai d'attente** pour la prise en charge des dépenses de santé.

### Prestations complètes et performantes

- Prise en charge du panier 100 % santé en optique, dentaire et aides auditives
- Jusqu'à 200 % de la BRSS\* pour les dépassements d'honoraires (praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins)
- La prise en charge de la **chambre particulière** en cas d'hospitalisation
- Les médicaments y compris ceux remboursés à 15 % sont pris en charge
- Dès le niveau 2, 150 % de la BRSS pour les prothèses dentaires
- Bonus fidélité en hospitalisation (chambre particulière), en dentaire, en optique, et en audiologie.
- Remboursement des actes de prévention acceptés par la Sécurité sociale.

### Packs optionnels

- **Pack Bien-être** : remboursements des médecines douces complémentaires (19 spécialités), vaccins non pris en charge et automédication (dont homéopathie et spécialités d'huiles essentielles, phytothérapie et gemmothérapie achetées en officine).
- **Pack Optique/Dentaire/Aides auditives** : remboursements renforcés et bonus de fidélité après un an et deux ans d'adhésion.

\* BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale

## LES SERVICES INCLUS



- **Tiers payant et remboursement automatisés par télétransmission** : pas d'avance de frais de santé avec la carte de tiers-payant Actil auprès des professionnels de santé et pas de papier à remplir ni de frais d'affranchissement pour un remboursement plus rapide.



- **Optimiser vos remboursements optique** : la plateforme [easy-verres.com/miltis](http://easy-verres.com/miltis) vous permet de bénéficier de lunettes et verres de qualité avec un reste à charge égal à 0€. C'est très simple : rendez-vous sur [easy-verres.com/miltis](http://easy-verres.com/miltis) et laissez-vous guider pour choisir vos verres et vos montures sur internet, puis les faire monter par un opticien à proximité de chez vous.



- **Assistance Santé 24 h/24 et 7 j/7** : informations santé, aide à domicile, garde d'enfants, téléassistance...
- **Protection juridique santé** : plateforme d'informations par une équipe de juristes, médiation, prise en charge des frais de justice et une base documentaire connectée (@del).



- **Téléconsultation, prévention et conseil médical en ligne grâce à MedecinDirect** : mise en relation directe avec un médecin généraliste ou spécialiste à tout moment par téléphone ou internet (sauf niveau Hospi Seule).

- **Second Avis Médical** en cas de pathologie complexe.



- **Espace adhérent Miltis** : détails de la garantie, documents contractuels, suivi des remboursements, carte de tiers-payant, géolocalisation des professionnels de santé, formulaire de contact...

## LA MUTUELLE MILTIS

Née de l'union entre une mutuelle de Lyon experte en Santé et une mutuelle de Martinique spécialisée dans la Prévoyance, depuis plus de 20 ans, Miltis a développé un savoir-faire complet en santé et en prévoyance.

Miltis est une mutuelle, une structure à but non lucratif soumise au Code de la Mutualité. L'ensemble des décisions de la mutuelle est motivé par l'intérêt de ses adhérents.

Les 230 000 personnes protégées sont représentées par l'Assemblée Générale, composée de 31 délégués qui élisent les 15 membres du Conseil d'Administration.

Les élus sont garants des **orientations de la mutuelle** au service de l'ensemble des adhérents.

**Miltis vous accompagne dans toutes les étapes de votre vie... en toute sérénité.**



SANTÉ



PRÉVOYANCE



ASSURANCE  
DE PRÊTS



ÉPARGNE  
RETRAITE

## Information sur les frais de gestion et le rapport prestations/cotisations assureur.

Madame, Monsieur,

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé :

- Le rapport prestations/cotisations<sup>(1)</sup> est de 73.6 %
- Le taux des frais de gestion<sup>(2)</sup> s'établit à 31.48 %

(1)Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2)Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

### MILTIS

25 cours Albert Thomas - 69003 LYON, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, enregistrée sous le n° SIREN 417 934 817

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

### LUMINEIS

Ces exemples de remboursement, sans valeur contractuelle, vous permettent d'estimer pour une situation et un tarif donné, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux au titre de votre contrat complémentaire ainsi que vos éventuels restes à charge. Les remboursements effectués par votre contrat diffèrent selon le niveau de garanties souscrits.

HOSPITALISATION						
Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
				Niveau Hospi seule		
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15€ en service psychiatrique)	0 €	0 €	Niveau Hospi seule	20€ (15€)	0,00 €
				Niveau 1		
				Niveau 2		
				Niveau 3		
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC <sup>4</sup>	Non remboursé	Non remboursé	Niveau Hospi seule	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
				Niveau 1		
				Niveau 2		
				Niveau 3		
<b>Séjour avec actes lourds</b> L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BRSS	BRSS - 24€	24,00 €		0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	Niveau Hospi seule	24,00 €	0,00 €
				Niveau 1		
				Niveau 2		
				Niveau 3		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413 €	271,70 €	271,70 €	Niveau Hospi seule	141,30 €	0,00 €
				Niveau 1	0,00 €	141,30 €
				Niveau 2	135,85 €	5,45 €
				Niveau 3	141,30 €	0,00 €
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451 €	271,70 €	271,70 €	Niveau Hospi seule	179,30 €	0,00 €
				Niveau 1	0,00 €	179,30 €
				Niveau 2	67,93 €	111,38 €
				Niveau 3	179,30 €	0,00 €
<b>Honoraires médecins</b>						
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BRSS	100% BRSS	Dépassement si prévu au contrat		Selon contrat
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>						
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BRSS	100% BRSS	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)		Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451 €	271,70 €	271,70 €	Niveau Hospi seule	179,30 €	0,00 €
				Niveau 1	0,00 €	179,30 €
				Niveau 2	67,93 €	111,38 €
				Niveau 3	179,30 €	0,00 €
<b>Niveau 4</b>						
				Niveau 4	179,30 €	0,00 €

#### Miltis