

## DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

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 restant 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 le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

### Gamme SOLU F

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros) et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur. Les garanties respectent le cadre des contrats responsables.	SOLU F1	SOLU F2	OPTIONS
<b>HOSPITALISATION y compris maternité</b>			Renfort Hospitalisation
Frais de séjour secteur conventionné	100% BR	120% BR	
Frais de séjour secteur non conventionné	100% BR	120% BR	
Forfait journalier hospitalier	100% BR	100% BR	
Honoraires médicaux ou chirurgicaux en secteur conventionné :	- par un adhérent à un DPTAM (1) 100% BR	120% BR	+185% BR
	- par un non-adhérent à un DPTAM (1) 100% BR	100% BR	+100% BR
Chambre particulière NUIT (2) - Hors psychiatrie	30 € / j pendant 90 jours	45 € / j pendant 90 jours	+ 25 € / j pendant 90 jours
Chambre particulière AMBULATOIRE (2) - Hors psychiatrie	25 € / j pendant 90 jours	35 € / j pendant 90 jours	
Lit d'accompagnement pour enfant < 16 ans ou adulte > de 70 ans.	25 € / j pendant 90 jours	35 € / j pendant 90 jours	
Franchise pour actes >120€	100% FR	100% FR	
<b>SOINS COURANTS</b>			
Médecin généraliste :	- adhérent DPTAM (1) 100% BR	120% BR	
	- non-adhérent DPTAM (1) 100% BR	100% BR	
Médecin spécialiste :	- adhérent DPTAM (1) 100% BR	120% BR	
	- non-adhérent DPTAM (1) 100% BR	100% BR	
Actes techniques médicaux & chirurgie par un médecin :	- adhérent DPTAM (1) 100% BR	120% BR	
	- non-adhérent DPTAM (1) 100% BR	100% BR	
Analyses, travaux de laboratoire	100% BR	115% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR	115% BR	
Radiologie & acte d'imagerie par :	- adhérent DPTAM (1) 100% BR	120% BR	
	- non-adhérent DPTAM (1) 100% BR	100% BR	
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	

	Pharmacie prescrite non remboursée, vaccins prescrits non remboursés SS, sevrage tabagique (2)	-	15 € / an / bénéficiaire	
	Pharmacie remboursée par la sécurité sociale 65%, 35% et 15%	100 % BR	100 % BR	<b>Optionnel : Réduction 5% si pas de pharmacie à 30% et 15%</b>
	<b>OPTIQUE</b> <i>Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants &lt;16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.</i>			
	<b>100% SANTÉ</b> Équipement optique complet (monture et verres)	Classe A - "Offre 100% santé" (3) (4)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
	Équipement optique :	Classe B - «Offre libre» (3)		
	2 verres simples (voir grille optique (a))	100% BR	100 €	
	2 verres complexes (voir grille optique (b))	100% BR	150 €	
	2 verres très complexes (voir grille optique (c))	100% BR	180 €	
	+ monture (remboursement SS inclus) limitée à :	100% BR	50 €	
	Suppléments et prestations	100% BR	100% BR	
	En cas d'équipement mixte 100% santé et tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture 100% santé.			
	Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2)	Avec au minimum le remboursement du TM pour les lentilles acceptées.	100% BR	50 € / an / bénéficiaire
	Lentilles prescrites mais refusées par la Sécurité sociale (2)		100% BR	50 € / an / bénéficiaire
	<b>DENTAIRE (5) au-delà du plafond, et dans le respect des obligations relatives aux contrats responsables, les actes dentaires pris en charge par le RO seront remboursés à hauteur du panier de soin.</b>		<b>Plafond 30% PMSS / an / bénéficiaire</b>	<b>Plafond 35% PMSS / an / bénéficiaire</b>
	<b>100% SANTÉ</b> Soins et Prothèses dentaires	"Offre 100% santé" (6)	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
	Soins et actes techniques dentaires	"Hors Offre 100% santé" (6)	100% BR	115% BR
	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	"Offre maîtrisée" (6)	100% BR	115% BR dans la limite des HLF
	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	"Offre libre" (6)	100% BR	115% BR
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR
	Forfait Implantologie et Parodontologie non remboursée (2)		-	Forfait 125 € / an / bénéficiaire
	<b>AIDES AUDITIVES</b>			
	<b>100% SANTÉ</b> Audioprothèses	Classe 1 - "Offre 100% santé" (à compter du 01/01/2021) (7). Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
	Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	Classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (7) Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% BR	100% BR
	<b>CURE THERMALE</b>			
	Honoraires et forfaits (2)		100% BR	100% BR + 125€/an/bénéficiaire
	Transports et hébergements (2)			
	<b>PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES</b>			
	Autres Prothèses (hors dentaires, optiques et aides auditives), orthopédie, appareillage, acceptées par la Sécurité sociale		100% BR limité à 3000€ / an / personne	115% BR limité à 3000€ / an / personne

Actes de prévention légaux (autres vaccins, dépistages...)	Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale	Pris en Charge	Pris en Charge
<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES SPECIALES SENIORS non remboursées par la SS</b>			<b>Renfort médecines douces</b>
Psychothérapie, Luminothérapie		-	
<b>Préventions risque cardio vasculaire, carences, maladies chroniques : Conseils nutritionnels</b> Naturopathe, Nutritionniste, Diététicien, Ayurvéda, Méditation		-	20 € / séance / limité à 4 séances / an / bénéficiaire
<b>Médecines douces complémentaires :</b> Ostéopathie, Ergothérapie, Chiropractie, Sophrologie, Réflexologie, Hypnose, Acupuncture, Homéopathie, Etiopathie, pédicure, podologue		-	+ 30 € / séance / limité à 4 séances / an / bénéficiaire
<b>SERVICES</b>			
Tiers payant ALMERYS		INCLUS	INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS	INCLUS

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
b - Verres complexes	b) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
c - Verres très complexes	c) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

**\*Tels que définis réglementairement.**

(1) : La garantie est au minimum du ticket modérateur. **Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.**

(2) : L'annualité ou la pluri annualité, pour les garanties mentionnant un (2), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(3) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. **Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.** Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% santé".

(4) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L.165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(5) : Les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire sont remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

(6) Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale.

(7) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (**plafond réglementaire de 1700€ par oreille**). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

# GAMME - SOLU F - MODULAIRE - Tarifs du 01/01/2024 au 31/12/2024 -

Adhésion Mutuelle MILTIS : 20 € la 1ère année, prélevés en avec la 1ère cotisation.

Par BIA (chef de famille) Rajouter 2 € / mois pour l'adhésion à l'association ASPS souscriptrice des contrats  
Rajouter 1,79 € / mois d'Assistance

ZONE 1		
AGES	MODULAIRE 1	MODULAIRE 2
18	31,54 €	37,70 €
19	32,02 €	38,28 €
20	32,51 €	38,86 €
21	33,00 €	39,45 €
22	33,51 €	40,05 €
23	34,02 €	40,66 €
24	34,53 €	41,28 €
25	35,06 €	41,91 €
26	35,59 €	42,55 €
27	36,14 €	43,20 €
28	37,11 €	44,28 €
29	37,96 €	45,22 €
30	38,63 €	45,95 €
31	39,31 €	46,67 €
32	39,94 €	47,32 €
33	40,54 €	47,92 €
34	41,10 €	48,48 €
35	41,63 €	49,01 €
36	42,15 €	49,53 €
37	42,67 €	50,06 €
38	43,16 €	50,59 €
39	43,67 €	51,18 €
40	44,17 €	51,80 €
41	44,69 €	52,95 €
42	45,21 €	54,20 €
43	45,77 €	55,42 €
44	46,35 €	56,61 €
45	46,96 €	57,78 €
46	47,61 €	58,93 €
47	48,32 €	60,08 €
48	49,05 €	61,20 €
49	49,81 €	62,30 €
50	50,61 €	63,38 €
51	51,48 €	64,49 €
52	52,44 €	65,64 €
53	53,50 €	66,87 €
54	54,64 €	68,14 €
55	56,10 €	69,69 €
56	57,62 €	71,29 €
57	59,20 €	72,93 €
58	60,87 €	74,64 €
59	62,61 €	76,41 €
60	64,43 €	78,25 €
61	66,35 €	80,17 €
62	68,36 €	82,16 €
63	70,45 €	84,23 €
64	72,64 €	86,38 €
65	74,92 €	88,60 €
66	77,29 €	90,90 €
67	79,73 €	93,25 €
68	82,26 €	95,66 €
69	84,85 €	98,11 €
70	87,49 €	100,60 €
71	90,19 €	103,10 €
72	92,93 €	105,61 €
73	95,69 €	108,11 €
74	98,46 €	110,58 €
75	101,22 €	113,00 €
76	103,97 €	115,35 €
77	106,67 €	117,61 €
78	109,32 €	119,76 €
79	111,89 €	121,77 €
80	114,36 €	123,64 €
81	116,70 €	125,42 €
82	118,89 €	126,99 €
83	120,90 €	128,26 €
84	122,68 €	129,54 €
85	124,21 €	130,83 €

ZONE 2		
AGES	MODULAIRE 1	MODULAIRE 2
18	36,27 €	43,36 €
19	36,82 €	44,02 €
20	37,39 €	44,69 €
21	37,95 €	45,37 €
22	38,54 €	46,06 €
23	39,12 €	46,76 €
24	39,71 €	47,47 €
25	40,32 €	48,20 €
26	40,93 €	48,93 €
27	41,56 €	49,68 €
28	42,68 €	50,92 €
29	43,65 €	52,00 €
30	44,42 €	52,84 €
31	45,21 €	53,67 €
32	45,93 €	54,42 €
33	46,62 €	55,11 €
34	47,27 €	55,75 €
35	47,87 €	56,36 €
36	48,47 €	56,96 €
37	49,07 €	57,57 €
38	49,63 €	58,18 €
39	50,22 €	58,86 €
40	50,80 €	59,57 €
41	51,39 €	60,89 €
42	51,99 €	62,33 €
43	52,64 €	63,73 €
44	53,30 €	65,10 €
45	54,00 €	66,45 €
46	54,75 €	67,77 €
47	55,57 €	69,09 €
48	56,41 €	70,38 €
49	57,28 €	71,65 €
50	58,20 €	72,89 €
51	59,20 €	74,16 €
52	60,31 €	75,49 €
53	61,53 €	76,90 €
54	62,84 €	78,36 €
55	64,52 €	80,14 €
56	66,26 €	81,98 €
57	68,08 €	83,87 €
58	70,00 €	85,84 €
59	72,00 €	87,87 €
60	74,09 €	89,99 €
61	76,30 €	92,20 €
62	78,61 €	94,48 €
63	81,02 €	96,86 €
64	83,54 €	99,34 €
65	86,16 €	101,89 €
66	88,88 €	104,54 €
67	91,69 €	107,24 €
68	94,60 €	110,01 €
69	97,58 €	112,83 €
70	100,61 €	115,69 €
71	103,72 €	118,57 €
72	106,87 €	121,45 €
73	110,04 €	124,33 €
74	113,23 €	127,17 €
75	116,40 €	129,95 €
76	119,57 €	132,65 €
77	122,67 €	135,25 €
78	125,72 €	137,72 €
79	128,67 €	140,04 €
80	131,51 €	142,19 €
81	134,21 €	144,23 €
82	136,72 €	146,04 €
83	139,04 €	147,50 €
84	141,08 €	148,97 €
85	142,84 €	150,45 €

Renfort Médecine douce	3 € / mois
Renfort Hospitalisation	10 € / mois

ZONE 1 :  
Tous les départements sauf : ZONE 2

ZONE 2 :  
04, 05, 06, 13, 20 (Corse), 75, 77, 78, 83, 84, 91, 92, 93, 94, 95  
DOM TOM 971, 972, 973, 974



Tarifs hors évolutions réglementaires et législatives