Complémentaire Santé



MCCI Proévidence 2

Artisans, Commerçants et Professions libérales

ASAF & AFPS en partenariat avec MCCI MEMBRE DU GROUPE Ugo

MCCI Proévidence 2

Le contrat Santé ASAF & AFPS **destiné aux professions indépendantes**, conçu **en partenariat avec la MCCI** (Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie).

LE CONTRAT SANTÉ

La complémentaire Santé MCCI Proévidence 2 est adaptée à tous les **travailleurs non salariés** quels que soient leur âge et leur composition familiale. Les garanties sont performantes et les services répondent aux besoins d'efficacité et de confort des indépendants.

CONFORME **AU 100% SANTÉ**

- ✓ Souscription jusqu'à 70 ans et **prestations viagères**
- ✓ **7 niveaux de garanties** au choix de 125 % à 500 % sur les honoraires DPTAM en hospitalisation
- ✓ **Déductibilité loi Madelin** pour les assurés affiliés au régime TNS
- ✓ **Des Services + inclus sans supplément** : Téléconsultation, Itelis, Hospiway, Angel et Mon Coach Santé Angel

LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La surcomplémentaire MCCI Proévidence Santé 2 avec ses 2 niveaux de garantie, est conçue pour renforcer votre protection santé en complément de votre complémentaire de base avec une couverture sur-mesure **pour réduire les dépenses imprévues liées aux dépassements d'honoraires**, et ainsi préserver votre budget.

Niveau 1 : Hospitalisation

Couvre exclusivement les frais liés à l'hospitalisation, ce qui vous aide à limiter le reste à charge lors de séjours hospitaliers, en prenant en charge les dépassements d'honoraires des médecins, qu'ils soient DPTAM ou non.

Niveau 2 : Hospitalisation et Soins Courants

Offre une couverture étendue qui intègre à la fois les frais d'hospitalisation et les soins courants. Ainsi, vous bénéficiez d'une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires, que ce soit pour des consultations des médecins généralistes, spécialistes ou d'actes pratiqués en cabinets DPTAM ou non DPTAM.

Les Points Forts

Des remboursements élevés sur les honoraires hospitaliers
Chambre particulière **jusqu'à 140 €/jour**
Confort hospitalier

Médecine Douce : forfait **jusqu'à 250 €**
Cure thermale : forfait **jusqu'à 500 €**

Transport médical prescrit non remboursé par le RO

Prothèses dentaires : **jusqu'à 500 %**
Orthodontie : **jusqu'à 500 %**
Actes dentaires non remboursés par le RO : forfait **jusqu'à 800 €**

Optique : forfait **jusqu'à 500 €**
Prise en charge du traitement de la DMLA
Bonus Fidélité dès la 2ème année d'adhésion

Un fonds d'entraide pour les assurés

Des Services d'Assistance

Inclus dès l'adhésion, sans frais supplémentaire
De nombreuses prestations en cas d'hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 24h

- aide-ménagère,
- garde des enfants et petits-enfants,
- garde des animaux…

Des avantages tarifaires

- 10 % de réduction en cas d'adhésion Couple
- Gratuité à partir du 3ème enfant
- Jusqu'à 12 % de réduction en cas de souscription avec un contrat de prévoyance professionnelle ASAF & AFPS

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE RESPONSABLE

MCCI PROÉVIDENCE 2

Les remboursements exprimés intègrent les remboursements du régime obligatoire.*
Ils sont versés selon les modalités définies dans la Notice d'information et dans le respect du cahier des charges du contrat responsable (art. L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

HOSPITALISATION	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM (1)	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM (1)	105 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR			
Forfait Journalier (2)	Frais réels						
Forfait patient urgences	Frais réels						
Frais de séjour en établissements conventionnés (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels						
Frais de séjour en établissements non conventionnés	100 % BR						
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire (3)	30 €	45 €	60 €	80 €	95 €	115 €	140 €
Frais d'accompagnant (lit et repas, par jour) dans la limite de 30 jours par an	15 €			30 €			45 €
Forfait maternité	100 €	100 €	150 €	200 €	250 €		

* Avant application contribution forfaitaire, franchises et pénalités hors parcours de soins (Décret n°2007-1937 du 26/12/2007). Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel MCCI intervient en complément. Le remboursement MCCI est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement MCCI, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.
** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), psychiatrie et SSR. Exclusion en long séjour.

SOINS DE VILLE	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
HONORAIRES MÉDICAUX, PARAMÉDICAUX, ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE							
Consultation et visite de généraliste, spécialiste, radiologie, acte technique pratiqué en cabinet DPTAM	100 % BR	130 % BR	150 % BR	225 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Consultation et visite de généraliste, spécialiste, radiologie, acte technique pratiqué en cabinet NON DPTAM	100 % BR	110 % BR	130 % BR	200 % BR			
Téléconsultation	Consultation de médecin à distance, où que vous soyez. Des médecins disponibles 7/7, de 6h à minuit						
Soins paramédicaux, laboratoires et auxiliaires médicaux (4)	100 % BR	110 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR		
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par le RO (dans la limite de 12 séances/an)	100 % BR						
MÉDICAMENTS							
Médicaments à service médical rendu majeur	100 % BR						
Médicaments à service médical rendu modéré							
Médicaments à service médical rendu faible							
Frais pharmaceutiques prescrits (y compris produits liés au sevrage tabagique et à la contraception) non remboursés par le RO	15 €/an	20 €/an	25 €/an	30 €/an	40 €/an		80 €/an
Vaccins prescrits non remboursés	Frais réels						

MATÉRIEL MÉDICAL	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ							
Prothèses capillaires 100% santé de classe II	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation						
Location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) ainsi que le forfait de mise à disposition pour cette location de courte durée							
AUTRES ÉQUIPEMENTS							
Autres appareillages, prothèses, produits et prestations tels que définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables (hors postes dentaire, optique, aides auditives)	100 % BR	130 % BR	150 % BR	225 % BR	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Autres appareillages, prothèses (hors postes dentaire, optique, aides auditives) prescrits et non remboursables du régime obligatoire	40 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an	250 €/an	250 €/an

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE RESPONSABLE

MCCI PROÉVIDENCE 2

TRANSPORT	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Transport pris en charge par le RO	100 % BR						

OPTIQUE (5)	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ ◆							
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Frais réels dans la limite des prix limites de vente règlementés						
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)							
Prestation d'appairage							
Supplément pour verres avec filtre							
ÉQUIPEMENT PANIER LIBRE							
1 équipement 2 verres simples de classe B + monture de classe B	90 €	130 €	200 €	240 €	290 €	320 €	350 €
BONUS FIDÉLITÉ dès la 2ème année d'adhésion, soit un total de :	100 €	140 €	230 €	270 €	325 €	350 €	375 €
BONUS FIDÉLITÉ dès la 3ème année d'adhésion, soit un total de :	110 €	150 €	260 €	300 €	360 €	380 €	400 €
1 équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe + monture de classe B	135 €	250 €	320 €	350 €	380 €	420 €	470 €
BONUS FIDÉLITÉ dès la 2ème année d'adhésion, soit un total de :	145 €	275 €	360 €	400 €	440 €	460 €	485 €
BONUS FIDÉLITÉ dès la 3ème année d'adhésion, soit un total de :	155 €	300 €	400 €	450 €	500 €	500 €	500 €
1 équipement avec un verre complexe et un verre très complexe ou deux verres complexes ou deux verres très complexes + monture de classe B	200 €	250 €	320 €	350 €	380 €	420 €	470 €
BONUS FIDÉLITÉ dès la 2ème année d'adhésion, soit un total de :	210 €	275 €	360 €	400 €	440 €	460 €	485 €
BONUS FIDÉLITÉ dès la 3ème année d'adhésion, soit un total de :	220 €	300 €	400 €	450 €	500 €	500 €	500 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €	300 €		
Chirurgie réfractive de l'œil et implant intra cornéen (par œil)	-	-	300 €	400 €	500 €		

ACTES DENTAIRES	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Soins et prothèses 100% Santé ◆	Frais réels dans la limite des prix limites de vente règlementés						
Soins dentaires hors 100% Santé	100 % BR		150 % BR	225 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
PROTHÈSES DENTAIRES PANIERS MODÉRÉS ◆ ET LIBRES							
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres	125 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres	125 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
			Plafond dentaire (6) sur les prothèses, en année d'adhésion hors soins dentaires et panier 100% Santé et orthodontie sur les niveaux Agilité à Liberté 1ère à 3ème année d'adhésion : 2 000 € A partir de la 4ème année : 3 000 €				
Orthodontie prise en charge par le RO / Gouttière occlusale	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
Forfait par an et par bénéficiaire pour les actes de parodontologie et implants dentaires non remboursés par le RO (7)	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	700 € (8)	800 € (8)

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE RESPONSABLE

MCCI PROÉVIDENCE 2

AIDES AUDITIVES (9)		TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ ◆								
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé (classe I à prise en charge renforcée)		Frais réels dans la limite des prix limites de vente règlementés						
AIDES AUDITIVES HORS PANIERS DE SOINS 100% SANTÉ								
Appareil de classe II à prix libres dans la limite des plafonds du contrat responsable (par oreille)	Personne de moins de 20 ans ou atteinte de cécité	1400 € - MR						
	Personne de plus de 20 ans	100 % BR +100 €	100 % BR +250 €	100 % BR +300 €	100 % BR +600 €	100 % BR +700 €	100 % BR +800 €	
Consommables et accessoires (piles, embout……) pris en charge par le RO		100 % BR						

PRÉVENTION (10)	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Médecine douce : acupuncteur, diététicien, homéopathe, nutritionniste, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, chiropracteur, ostéopathe, étiopathe, micro-kinésithérapeute, pédicure, podologue, ergothérapeute	25 €/séance		30 € /séance	35 € /séance	40 € /séance	45 €/ séance	50 €/ séance
	dans la limite de 5 séances par an						
Activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la Santé publique, sur prescription du médecin traitant, dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	_	90 €	150 €	200 €	250 €		
Tous les actes de prévention prévus par le décret	100 % BR						

CURE THERMALE	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Soins thermaux : forfait thermal, surveillance thermale, frais d'hébergement et transport pris en charge par le RO	100 % BR						
Hébergement et transport par an et par bénéficiaire	_	_	150 €	200 €	250 €	300 €	500 €

SERVICES (11)	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Assistance, Aide aux aidants, Angel, Hospiway	voir Conditions Générales d'utilisation						
Fonds d'entraide	Le fonds d'entraide sert à attribuer des aides et des secours liés à des dépenses de santé. Ces aides sont attribuées après examen de chaque cas particulier. Ces aides sont apportées sous forme de dons. Le règlement intérieur ainsi que les modalités de demandes d'aide sont consultables sur le site de la MCCI : www.mcci.fr						

Délais d'attente :
- Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties, les remboursements sont effectués à hauteur de 100% BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas, le taux entier est appliqué).
- Actes de parodontologie et implants dentaires non remboursés par le RO : un délai d'attente de 6 mois inabrogeable est appliqué sur les niveaux Sérénité et Liberté.

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - **BR** : Base de Remboursement Régime Obligatoire - **DPTAM :** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **MR** : montant remboursé par la Sécurité sociale - **OPTAM / OPTAM - CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral ou une spécialité de gynécologie obstétrique) - **PLV** : Prix Limite de Vente

SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE

MCCI PROÉVIDENCE 2

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire MCCI PROÉVIDENCE 2 de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire et des frais justifiés réellement engagés.

2 garanties non responsables au choix : Niveau 1 et Niveau 2

La surcomplémentaire peut être souscrite uniquement lors de l'adhésion au Contrat de Base.

SURCOMPLÉMENTAIRE **NIVEAU 1**	**TRANQUILLITÉ** ●	**SÉCURITÉ** ●●	**AGILITÉ** ●●●	**FLEXIBILITÉ** ●●●●	**CONFORT** ●●●●●	**SÉRÉNITÉ** ●●●●●●	**LIBERTÉ** ●●●●●●●
HOSPITALISATION							
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM (1)	+25 % BRSS	+50 % BRSS	+50 % BRSS	+75 % BRSS	-	-	-
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux non DPTAM (1)	+45 % BRSS	+70 % BRSS	+75 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS

SURCOMPLÉMENTAIRE **NIVEAU 2**	**TRANQUILLITÉ** ●	**SÉCURITÉ** ●●	**AGILITÉ** ●●●	**FLEXIBILITÉ** ●●●●	**CONFORT** ●●●●●	**SÉRÉNITÉ** ●●●●●●	**LIBERTÉ** ●●●●●●●
HOSPITALISATION							
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM (1)	+25 % BRSS	+50 % BRSS	+50 % BRSS	+75 % BRSS	-	-	-
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux non DPTAM (1)	+45 % BRSS	+70 % BRSS	+75 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS
SOINS DE VILLE							
Consultation et visite de généraliste, spécialiste, radiologie, acte technique pratiqué en cabinet DPTAM	+25 % BRSS	+50 % BRSS	+50 % BRSS	+75 % BRSS	-	-	-
Consultation et visite de généraliste, spécialiste, radiologie, acte technique pratiqué en cabinet NON DPTAM	+25 % BRSS	+70 % BRSS	+70 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS	+100 % BRSS

(1) Les remboursements des dépassements d'honoraires des praticiens en hospitalisation sont effectués à hauteur de 100% pendant les 3 premiers mois (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas, le taux entier est appliqué).

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), psychiatrie et SSR. Exclusion en long séjour.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits et les limites exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile sauf indication spécifique, les forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).
Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la règlementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

itelis

Pour simplifier votre accès à la santé, l'ASAF & AFPS a choisi de vous faire bénéficier de tous les avantages du réseau de soins Itelis !

15 000 professionnels de santé

Itelis est un réseau de plus de 15 000 professionnels de la santé partout en France pour offrir plus de qualité et plus d'économie dans les domaines très demandés : Optique, Dentaire, Audio, Chirurgie Réfractive, Ostéopathie, Chiropraxie, Psychologie et Diététique.

jusqu'à 40 % d'économie

Itelis, négocie avec les professionnels de santé des tarifs et des avantages.
Vous payez moins cher et vous ne faites pas l'avance des frais.*

*Absence d'avance des frais en Optique, Dentaire et Audio dans la limite des frais remboursés par votre contrat de complémentaire santé.

Légende

(1) Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties les remboursements sont effectués à hauteur de 100 % BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas, le taux entier est appliqué).
(2) Forfait journalier hospitalier illimité : exclu en établissements EHPAD et MAS.
(3) Chambre particulière limitée à 30 jours en séjour spécialisé (repos, rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), la convalescence, la gériatrie, la neuropsychiatrie, la psychiatrie, la diététique, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire et social).
(4) Infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste.
(5) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") sont 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'actes. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont 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. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :
- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé** prévu à l'article L.65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- 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
Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement.
**Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)
Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle) Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100€. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds
Verre Simple :
- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
Verre complexe :
- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
Verre très complexe :
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre multifocal ou progressif sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements Panier libre, les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les forfaits en € intègrent les remboursements du régime obligatoire.
(6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.
(7) Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).
Implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste détaillant les frais et stipulant que les soins ont été effectués en France métropolitaine.
Parodontologie : le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage / surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.
(8) Un délai d'attente de 6 mois inabrogeable est appliqué sur les niveaux SÉRÉNITÉ et LIBERTÉ.
(9) 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 pour ce type d'actes. Les équipements 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 141 janvier 2019 (1 700 € par oreille quel que soit l'âge du bénéficiaire). 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. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.
(10) Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien (ou le numéro SIRET s'il s'agit d'une profession sans n° ADELI).
(11) Se reporter aux conditions des garanties Assistance.

◆ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et plafonds du contrat responsable.
Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Depuis le 1er janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr/

ASAF & AFPS *Votre assurance en toute confiance !*

Les Services Santé

Inclus dans votre complémentaire Santé

Angel

Grâce aux services Angel, accédez à des professionnels de santé et des services pour prendre soin de vous, au quotidien comme dans les moments difficiles.

CHAT PRÉVENTION, MÉDICAL ET SOCIAL

Obtenez des réponses à toutes vos questions santé

Chattez avec notre équipe pluridisciplinaire et obtenez des réponses à toutes vos interrogations *(prévention, médicales, sociales)* pour vous et vos proches.

MON COACH SANTÉ

Préserver sa forme et sa santé

Prendre soin de soi au quotidien grâce à des programmes de prévention et des conseils santé et bien-être.

MON RDV PRÉVENTION

Agir aujourd'hui pour préserver votre santé

Un entretien de prévention avec un médecin, sur la base d'un questionnaire, pour évaluer vos risques et vous aider à changer votre mode de vie.

SENSIBILISATION ENJEUX MAJEURS

Comprendre pour mieux se protéger

Accédez à des capsules vidéo de sensibilisation.

SECOND AVIS MÉDICAL

Éclairez vos décisions médicales

Bénéficiez de l'expertise de médecins experts de votre pathologie pour prendre la meilleure décision pour votre santé.

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Consultez un médecin à distance, 7J/7

Consultez un médecin généraliste à distance, où que vous soyez.
Des médecins disponibles 7j/7 de 6h à minuit.

PALMARÈS DES HÔPITAUX

Préparez au mieux votre hospitalisation

Comparez les établissements de santé et choisissez votre lieu d'hospitalisation grâce à des informations complètes.

RÉSEAU DE SOINS ITÉLIS

Soignez votre budget santé

Grâce au réseau de professionnels Itelis, bénéficiez de tarifs négociés en optique, dentaire et audioprothèses, ainsi qu'en médecine douce *(ostéopathie, chiropraxie et diététique)*.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Soyez écouté

Vous traversez une période difficile ? Bénéficiez de plusieurs consultations par téléphone avec un psychologue.

4 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire.

ASSISTANCE

Soyez accompagné dans les moments importants

Découvrez un accompagnement complet, garantissant un soutien médical, matériel et moral pour préserver votre bien-être et celui de vos proches.

Comment accéder à Angel ?

Via internet
Espace adhérent "Mes Services +"
ou **angel.fr**

Par téléphone *(coût d'un appel local)*
3633

PAPIER

ASAF & AFPS

Association souscriptrice de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : ASAF & AFPS (Association Santé et Action Familiale & Action Familiale de Prévoyance Sociale) - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – **Centre de Gestion (pour ASAF & AFPS) : GIEPS** - Groupement d'Intérêt économique (ordonnance n°67-821) de Prévoyance Sociale - 950 012 997 RCS ANTIBES - Sièges sociaux ASAF & AFPS / GIEPS : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT • **Porteurs de risques** « Frais de santé » : **Mutuelle MCCI** (Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie) - siège social : 38-42 rue Cuvier - 93100 Montreuil – Immatriculée au Répertoire Sirène sous le N° SIREN 784 718 355 - **Inter Partner Assistance** - SA de droit Belge au capital de 180 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des personnes morales de Bruxelles sous le n° BCE 415 591 055, **prise au travers de sa succursale française** (316 139 500 RCS NANTERRE) établie 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. **Autorité chargée de leur contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)** située : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Crédit Photo : stock.adobe.com - OFF753/20251223