Complémentaire Santé



Méana Santé Pro 3

Artisans, Commerçants et Professions libérales

ASAF & AFPS en partenariat avec

mutuelle smatis FRANCE

MEMBRE DU GROUPE UGO

Méana Santé Pro 3

Des prestations haut de gamme au juste prix !

Méana Santé Pro 3 est l'assurance Santé spécialement conçue pour les travailleurs non salariés (gérant majoritaire, commerçant, artisan ou libéral) et leur famille, jusqu'à 70 ans.

À vous de choisir la combinaison qui correspond le mieux à vos besoins et ceux de vos proches.

UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE

5 NIVEAUX DE GARANTIES AU CHOIX 125 150 200 250 350

CONTRAT ÉLIGIBLE À LA **DÉDUCTIBILITÉ MADELIN**

LES OPTIONS

AU CHOIX ET CUMULABLES **DÈS LE NIVEAU 150**

UNE SURCOMPLÉMENTAIRE performante, pour une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires chirurgicaux et soins courants chez les praticiens respectant ou non le DPTAM.

2 PACKS pour renforcer vos garanties

PACK ESSENTIEL

sur les postes Dentaire, Optique et Aides auditives

PACK BIEN-ÊTRE

sur les postes Médecine douce, Cure thermale et Médicaments non remboursés par le RO

Les Points Forts

Hospitalisation :
Chambre particulière **jusqu'à 120 €/jour**

Dentaire : des remboursements avantageux dès les premiers niveaux

Prothèses dentaires : jusqu'à 400 %

Orthodontie : jusqu'à 350 %

Forfait naissance : jusqu'à 250 €

Forfait Optique : jusqu'à 800 €
(avec le Pack Essentiel)

Forfait Médecine Douce : jusqu'à 240 €
(avec le Pack Bien-Être)

- ✓ **Pas de limite d'âge aux prestations**
- ✓ Des prestations haut de gamme au juste prix
- ✓ Accès direct à la Téléconsultation Médicale
- ✓ 10 % de réduction en cas d'adhésion Couple et gratuité à partir du 3ème enfant (jusqu'à 20 ans révolus)

Des Garanties d'Assistance

Incluses dès l'adhésion sans frais supplémentaire.

Des prestations d'assistance en cas d'hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 24h ou lors d'une immobilisation de plus de 5 jours

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

Des prestations également en cas de maladie grave ou de décès.

Une Protection Juridique

Incluse dès l'adhésion sans frais supplémentaire.

- Des informations juridiques sur vos droits et obligations dans les domaines de droit de la vie privée,
- Des prestations d'accompagnement :
  - → **en cas de litige** à la suite d'une erreur médicale, une erreur de diagnostic, une infection nosocomiale,
  - → **en cas d'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré** consécutive à une agression ou un accident imputable à un tiers,
  - → **et également en cas de litiges professionnels.**

Prise en charge dès que les montants en jeu sont supérieurs à 400 € HT et jusqu'à 20 000 € HT.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE RESPONSABLE

MÉANA SANTÉ PRO 3

5 niveaux de garanties au choix

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		125	150	200	250	350
HONORAIRES **						
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM	(1)	125 %	150 %	200 %	250 %	350 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM		100 %	120 %	180 %	200 %	200 %
AUTRES PRESTATIONS						
Forfait journalier hospitalier illimité	(2)	Frais réels				
Forfait patient urgences		Frais réels				
Frais de séjour en établissements conventionnés		Frais réels				
Frais de séjour en établissements non conventionnés		100 %				
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire	(3)	-	45 €	80 €	100 €	120 €
Frais d'accompagnant (lit et repas (hors cure))		-	-	15 €/jour limité à 150 €/an		
Hospitalisation à domicile (HAD)		125 %	150 %	200 %	250 %	350 %
Forfait naissance		-	-	150 €	200 €	250 €

SOINS COURANTS		125	150	200	250	350
Téléconsultation : consultation de médecin généraliste à distance, où que vous soyez. Des médecins disponibles 7/7, de 6h à minuit		C.G.U. TELECONSULTATION				
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM		125 %	150 %	200 %	250 %	350 %
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes non DPTAM		100 %	120%	180 %	200 %	200 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM		100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie non DPTAM		100 %	100 %	100 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM		100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non DPTAM		100 %	100 %	100 %	130 %	130 %
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (jusqu'à 12 séances/an)		100 %				
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Honoraires auxiliaires médicaux	(4)	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
Analyses et examens de laboratoire		100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
MÉDICAMENTS						
Médicaments remboursés par le RO		100 %				

MATÉRIEL MÉDICAL	125	150	200	250	350
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ					
Prothèses capillaires 100% santé de classe II	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la règlementation				
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 %	100 %	150 %	175 %	175 %
Prothèses capillaires de classe I, III & IV, prothèses mammaires prises en charge par le RO	100 %				

TRANSPORT	125	150	200	250	350
TRANSPORT SANITAIRE					
Transport prescrit pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100 %				

* 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 Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, 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.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE RESPONSABLE

MÉANA SANTÉ PRO 3

OPTIQUE (5)	125	150	200	250	350
ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES) ♦					
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la règlementation				
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	Maxi 30 €	Maxi 30 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien), prestation d'appairage, supplément pour verres avec filtre, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la règlementation				
ÉQUIPEMENT OPTIQUE PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ♦					
Une monture de classe B	Maxi 30 €	Maxi 30 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €
Monture + 2 Verres Simples (classe B)	50 €	50 €	160 €	220 €	350 €
Monture + 2 Verres Complexes (classe B)	200 €	200 €	280 €	350 €	550 €
Monture + 2 Verres Très Complexes (classe B)	200 €	200 €	350 €	450 €	650 €
Monture + 1 Verre Simple + 1 Verre Complexe (classe B)	130 €	130 €	220 €	285 €	450 €
Monture + 1 Verre Simple + 1 Verre Très Complexe (classe B)	130 €	130 €	255 €	335 €	550 €
Monture + 1 Verre Complexe + 1 Verre Très Complexe (classe B)	200 €	200 €	315 €	400 €	650 €
Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100 %				
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES					
Lentilles prises en charge / ou non par le RO	100 % (si pris en charge par le RO)				
	-	-	+ 80 € /an	+ 120 €/an	+ 150 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (opérations de myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie réalisées par laser), implants oculaires et traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3 (par œil)	-	-	-	200 €/an	400 €/an

ACTES DENTAIRES		125	150	200	250	350
SOINS HORS 100% SANTÉ						
Soins dentaires		100 %				
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ						
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la règlementation				
Prothèses amovibles et réparations		Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la règlementation				
PROTHÈSES – PANIERS HONORAIRES MODÉRÉS ♦ ET LIBRES						
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres		150 %	200 %	250 %	300 %	400 %
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres		100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Plafond dentaire sur les prothèses, en année civile, hors soins et panier 100% Santé, pour la 1ère et 2ème année.	(6)	-	1 000 €	1 500 €	1 500 €	2 000 €
Plafond dentaire sur les prothèses, en année civile, hors soins et panier 100% Santé, à partir de la 3ème année.	(6)	-	1 500 €	2 000 €	2 000 €	2 500 €
Le plafond s'applique sur les paniers honoraires modérés et libres des garanties du Contrat de Base, du pack et ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé.						
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES						
Orthodontie prise en charge par le RO (par semestre)	(7)	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %
Implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO	(7)	-	-	200 €/an	250 €/an	300 €/an

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE BASE RESPONSABLE

MÉANA SANTÉ PRO 3

AIDES AUDITIVES (8)	125	150	200	250	350
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 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 définis par la règlementation				
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - PANIER HONORAIRES LIBRES					
Aides auditives hors panier de soins 100% Santé (appareil de classe II à prix libres) - dans la limite des plafonds du contrat responsable (par oreille) Personne > 20 ans	100%	100 %	100 % +350 €	100 % +500 €	100 % +700 €
Personne <= 20 ans ou souffrant de cécité	100 %				
Consommables et accessoires (par exemple : piles, embout) pris en charge par le RO	100 %				

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION		125	150	200	250	350
MÉDECINE DOUCE						
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute), par séance	(9)	-	20 € (maximum 2 séances /année civile)	25 € (maximum 3 séances /année civile)	30 € (maximum 3 séances /année civile)	40 € (maximum 4 séances / année civile)
PRÉVENTION						
Sevrage tabagique : tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par le régime obligatoire		-	-	50 €/an		

CURES THERMALES	125	150	200	250	350
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO					
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport	100 %				

GARANTIES D'ASSISTANCE (10)	125	150	200	250	350
Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations.					
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 30 heures				
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures				
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 20 heures				
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures				
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 230 €				
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois				
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24 heures ou pendant une immobilisation	Par événement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours				
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile				
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés				

GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ ET PROFESSIONNELLE (11)	125	150	200	250	350
Informations juridiques	Litiges liés à la vie privée				
Gestion à l'amiable, soutien en cas de procédure juridique et prise en charge des frais de justice	Litiges (dès 300 € hors taxe de montants en jeu) liés à une erreur médicale ou à une atteinte à l'intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers Protection pénale et disciplinaire liée à l'activité professionnelle (dès 400 € hors taxe de montants en jeu)				

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 - **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 DÈS LE NIVEAU 150 MÉANA SANTÉ PRO 3

La Surcomplémentaire peut être souscrite avec le contrat de base ou en cours de contrat sur les niveaux 150 à 350.
Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire Méana Santé Pro 3 de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire et des frais justifiés réellement engagés.

	150	200	250	350
HOSPITALISATION **				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM	+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM	+ 80 %	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
SOINS COURANTS				
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM	+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes non DPTAM	+ 80 %	+ 120 %	+ 100 %	150 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM	+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie non DPTAM	+ 80 %	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM	+ 50 %	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non DPTAM	+ 80 %	+ 120 %	+ 80 %	+ 150 %

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 réglementation, 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.

LES PACKS AU CHOIX ET CUMULABLES **DÈS LE NIVEAU 150**

Les packs peuvent être souscrits uniquement lors de l'adhésion au contrat de base sur les niveaux 150 à 350.
Les prestations des packs sont soumises à un délai d'attente de 3 mois.

PACK ESSENTIEL		150	200	250	350
OPTIQUE ◆					
Équipement lunettes prises en charge par le Régime obligatoire		**+ 150 €/année de survenance de soins***** (dans la limite des plafonds du contrat responsable)			
Lentilles remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire, ou chirurgie réfractive de l'œil		**+ 150 €/an**			
DENTAIRE ◆					
Prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire		**+ 250 €/an** (pour les prothèses dentaires des paniers modérés et libres)			
Parodontologie et implantologie non remboursées par le Régime obligatoire	**(7)**	**+ 125 €/an**			
AUDIOPROTHÈSE (8)					
Audioprothèse de classe 2		**+ 200 € par année de survenance de soins***** (dans la limite des plafonds du contrat responsable)			

*** Par année de survenance des soins = remboursement déclenché à compter de la date des soins uniquement en complément du remboursement effectué par le niveau de base souscrit, selon les limites et sur une période de renouvellement prévue au contrat responsable

PACK BIEN-ÊTRE		150	200	250	350
MÉDECINE DOUCE					
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute)		**+ 20 € par séance** (nombre de séances maximal selon la garantie de base)			
Cures thermales (en complément de la garantie de base). Le remboursement est conditionné à l'intervention du RO. La thalassothérapie est exclue.		**150 €/an**			
Médicaments (achetés en pharmacie physique ou en ligne, en France) prescrits non remboursés par le Régime obligatoire	**(12)**	**30 €/an**			

Légende

(1) Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 30 premiers jours 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) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, etc…
(5) Au 1er janvier 2020, 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'acte. 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 de16 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).
Par ailleurs :
Implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste détaillant les frais et stipulant effectué 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) 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'acte. 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.
(9) 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
(10) Se reporter aux conditions des garanties Assistance.
(11) Se reporter aux conditions des garanties Protection juridique.
(12) En cas d'achat sur internet, c'est l'adresse du vendeur qui est utilisée pour définir si l'achat est réalisé en France.

◆ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et plafonds du contrat responsable.
CONTRAT RESPONSABLE 2022 : 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 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 TRIER

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 SMATIS FRANCE** (SOLIDARITE MUTUALISTE DE L'ASSOCIATION DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ET SALARIES DE FRANCE) - Immatriculée au Répertoire Sirène sous le N° SIREN 781 166 293 - siège social : 6, rue du Piave – CS 90000 – 16920 ANGOULEME CEDEX 9 - **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 - **JURIDICA** - Société anonyme au capital de 14 627 854,68 € - RCS Versailles N°572 079 150 - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150 - Assureur Protection Juridique professionnelle et santé - Siège social : 1, Place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi - **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 : Adobe Stock - OFF720/20260128