



Dispositions particulières

LUMINEIS[®]

[Assemblée générale du 26 avril 2012]

Sommaire

LEXIQUE	2
DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	3-4
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	5-7
ADHÉSION	5
GARANTIES	5-6
MEDECINdirect	6
COTISATIONS	7
TARIFS	8-11

LEXIQUE

BÉNÉFICAIRES DES PRESTATIONS : le membre participant et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base ; ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : c'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE : il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

GARANTIE DE BASE : il s'agit de l'ensemble des niveaux hors pack.

RÉGIME DE BASE : régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime Général de la Sécurité sociale; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des DOM ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des fonctionnaires).

Les remboursements incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part de la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou des packs. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les garanties des niveaux 1 à 4 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".

Frais pris en charge	Aucun délai d'attente					
	GARANTIE DE BASE	Niveau Hospi Seule	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE / À DOMICILE / MATERNITÉ / ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (définition p. 5)						
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur non conventionné	250 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	250 % BRSS
• Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné	250 % BRSS (limité à 100 % BRSS la 1 ^{ère} année)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	250 % BRSS
• Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné ⁽¹⁾	70 €/jour (limité à 40 €/jour la 1 ^{ère} année)	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	70 €/jour
• Séjour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans (maxi 60 jours/an)	40 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	40 €/jour
• Forfait hospitalier ⁽²⁾	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait naissance ou adoption ⁽³⁾	-	50 €	100 €	150 €	200 €	200 €
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)	150 % BRSS ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS						
• Consultations et visites	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Transport	150 % BRSS ⁽⁴⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
PHARMACIE (vignettes blanches et bleues)	-	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
DENTAIRE						
• Soins	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	-	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	300 % BRSS
• Prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime de base, parodontie, implantologie	-	100 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an	300 €/an
• Plafonds dentaires (hors soins)	-	-	-	1 000 €/an	1 500 €/an	1 500 €/an
OPTIQUE						
• Montures et verres, lentilles prescrites, remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive						
- Montant de base (par bénéficiaire)	-	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an	200 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	-	75 €/an	150 €/an	225 €/an	300 €/an	300 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an	400 €/an
• Supplément verres progressifs	-	+ 25 €/an	+ 50 €/an	+ 75 €/an	+ 100 €/an	+ 100 €/an
PROTHÈSES MÉDICALES						
• Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Prothèses auditives						
- Montant de base (par bénéficiaire)	-	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an	200 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	-	75 €/an	150 €/an	225 €/an	300 €/an	300 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an	400 €/an
CURES THERMALES prises en charge par le régime de base						
• Frais d'établissement et honoraires	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS
• Frais de transport et hébergement	-	100 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an	300 €/an
PRÉVENTION						
• Actes remboursés par le régime de base	-	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
SERVICES						
• Tiers payant (remboursements automatisés - télétransmission)	Oui (remboursements automatisés uniquement)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance (se reporter à la notice Miltis Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Miltis Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• MEDECINdirect	-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. ⁽¹⁾ Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale (**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 et médicale et limitée à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés (établissements psychiatriques, de soins de suite ou de réadaptation) - ⁽³⁾ Si l'inscription de l'enfant intervient dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption - ⁽⁴⁾ Uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

LES PACKS OPTIONNELS (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

PACK OPTIQUE / DENTAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses dentaires et orthodontie remboursées ou non prises en charge par le régime de base, parodontie, implantologie - Montant de base (par bénéficiaire) - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes 	<p>100 €/an 150 €/an 200 €/an</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Montures et verres, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive - Montant de base (par bénéficiaire) - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes 	<p>50 €/an 75 €/an 100 €/an</p>

PACK BIEN ÊTRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu, acupuncteur • Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, réflexologue • Naturopathe, phytothérapeute • Psychologue, sexologue, psychomotricien, sophrologue • Pédicure-podologue, diététicien, nutritionniste <p>(5 séances par an, par bénéficiaire, toutes spécialités confondues pour les actes non pris en charge par le régime de base)</p>	<p>25 €/séance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie et vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base et automédication (antalgiques, traitement des troubles gastro intestinaux, sevrage tabagique) • Pharmacie vignettes orange 	<p>50 % des Frais Réels dans la limite de 50 €/an/bénéficiaire 100% BRSS</p>

ADHÉSION

PRISE D'EFFET - DÉLAI D'ATTENTE

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur la garantie de base.

Pour le ou les pack(s), le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion lorsque la souscription intervient simultanément avec la garantie de base.

En cas de souscription ultérieure, un délai d'attente de 6 mois s'applique pour le pack Optique/Dentaire et de 3 mois pour le pack Bien Être, à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au(x) pack(s).

MODIFICATION DE LA GARANTIE

Garantie de base

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la demande.

- En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme, les prestations de 1^{ère} année s'appliquent.
- En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme et de mise en œuvre de reports, les reports acquis dans l'ancien niveau sont pris en compte pour le calcul des prestations, dans la limite du report prévu par la nouvelle garantie.

Packs

Le membre participant peut demander à ajouter le ou les pack(s), pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente s'appliquent. Le membre participant peut demander de résilier son ou ses pack(s) pour un effet au 1^{er} janvier qui suit la demande. La souscription et la résiliation des packs sont familiales.

GARANTIES

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

VERRES PROGRESSIFS

Ce montant est versé en supplément des autres prestations du poste optique sur présentation de la prescription de l'ophtalmologiste et de la facture détaillée de l'opticien. Cette prestation s'applique dans les mêmes conditions aux lentilles progressives.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Pour le forfait journalier, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale et **limité à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés**. Pour la chambre particulière, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale (**hors psychiatrie**), **limité à 90 jours par an pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclu pour les établissements et unités psychiatriques**. Pour les séjours accompagnant, le nombre de jours indemnisés est **limité à 60 jours par an**.

Le forfait naissance ou adoption est versé si l'inscription de l'enfant intervient dans les deux mois qui suivent sa naissance ou son adoption.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

ACTES DE MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES (OPTION PACK BIEN ÊTRE)

Les actes, non pris en charge par le régime de base, de shiatsu, d'acupuncteur, d'ostéopathe, de chiropracteur, d'étiopathe, de réflexologue, de naturopathe, de phytothérapeute, de psychologue, de sexologue, de psychomotricien, de sophrologue, de pédicure-podologue, de diététicien, et de nutritionniste sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire selon le montant prévu, toutes spécialités confondues. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline. Pour les spécialités suivantes : psychologie, psychomotricité, pédicure-podologie, diététique, un diplôme d'état est obligatoire.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, la Mutuelle délivre des prises en charge.

SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

Les garanties sont accordées dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.

OPTION RESPONSABLE (UNIQUEMENT POUR LES NIVEAUX 1 À 4)

En cas de souscription de l'option responsable, la Mutuelle prélève des frais de fonctionnement en cas d'usage du tiers payant, à hauteur de 2 euros par facture, pour les spécialités ouvertes au tiers payant (**hors hospitalisation**).

Si plusieurs de ces actes sont rattachés à une même facture, les frais de fonctionnement du tiers payant ne seront appliqués qu'une seule fois. Si le bénéficiaire des prestations n'utilise pas son tiers payant, les frais ne lui sont pas appliqués et il doit faire parvenir à la Mutuelle l'original du relevé de remboursement délivré par son régime de base.

Les frais de fonctionnement du tiers payant sont dus par le membre participant à la Mutuelle et retenus sur le paiement des remboursements ultérieurs. Le montant des frais de fonctionnement du tiers payant est indiqué sur les relevés de prestations.

NIVEAU HOSPI SEULE

Dans le cadre du niveau Hospi Seule, les remboursements sont soumis à la production :

- du décompte du régime de base,
- des factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

BONUS FIDÉLITÉ

Les remboursements des prestations "honoraires hospitalisation" et "chambre particulière" sont majorés sur le niveau "Hospi Seule" après la 1^{ère} année d'adhésion selon les montants et conditions prévues dans le descriptif de prestations. Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie du bénéficiaire des prestations.

REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉS POUR LE POSTE OPTIQUE, LES PROTHÈSES AUDITIVES ET POUR LE PACK OPTIQUE/DENTAIRE

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année, calculée à partir de la date d'effet de la garantie ou le cas échéant du Pack Optique/Dentaire du bénéficiaire des prestations, 50 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 2 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

MEDECINdirect

GÉNÉRALITÉS

Conformément à la convention de partenariat passée entre la Mutuelle et MEDECINdirect (SAS au capital de 52 800 €, dont le siège social est situé 1, chemin de Saulxier - 91160 LONJUMEAU - RCS Evry n° 508 346 673), le service MEDECINdirect permet aux bénéficiaires des prestations des niveaux 1 à 4 du contrat LUMINEIS d'être mis en relation directe avec des médecins généralistes et spécialistes régulièrement inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

MEDECINdirect permet de bénéficier d'informations et d'orientations à 3 niveaux :

La pré-consultation

MEDECINdirect intervient en amont de la consultation pour préparer avec le bénéficiaire l'entretien et lui permettre de poser les bonnes questions.

La post-consultation

MEDECINdirect apporte une information personnalisée, conforte la consultation initiale et aide à la bonne compréhension du traitement.

MEDECINdirect apporte également un soutien après une intervention.

L'information de médecine générale ou spécialisée

MEDECINdirect :

- apporte un éclairage médical sur un symptôme, un diagnostic, un traitement,
- permet une orientation, un conseil adéquat et éventuellement un accompagnement dans la gestion des problèmes de santé,
- garantit des réponses fiables et vérifiées,
- informe sur des sujets d'actualités, des conduites à tenir, des choix à faire.

FONCTIONNEMENT

Le service MEDECINdirect est accessible par les bénéficiaires, trois heures par an à compter de la prise d'effet de la garantie de base (délivrance du certificat d'adhésion) via Internet à l'adresse www.medecinirect.fr ou par téléphone au 0 821 01 10 30. Ce service est accessible 24h/24h et 7j/7. L'accès au service prend fin en cas de cessation de la garantie de base.

RESPONSABILITÉ

Les obligations de MEDECINdirect sont des obligations de moyens. La responsabilité de MEDECINdirect ne saurait être recherchée pour les conséquences qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MEDECINdirect en cas de retards dans l'exécution du service, d'utilisation ou d'usage abusif des informations contenues sur le site Internet par tout tiers, y compris par les bénéficiaires.

En aucun cas, ALPTIS ASSURANCES et la Mutuelle ne pourront être tenus pour responsable des conséquences de l'utilisation du service.

CONFIDENTIALITÉ - SECRET MÉDICAL

MEDECINdirect ainsi que tous les collaborateurs sont tenus au respect du secret médical et de la législation afférente aux traitements de données personnelles. MEDECINdirect garantit la confidentialité des emails échangés. Les informations sont transmises au médecin sous protocole sécurisé et enregistrées dans une banque de données protégée confidentielle et soumise au secret médical.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base (cf. lexique) est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations et du régime de base.

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations ; ensuite, la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

Le montant de la cotisation des packs est forfaitaire.

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CRÉDIT D'IMPÔT)

Les garanties des niveaux 1 à 4 peuvent permettre aux membres participants qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévue à l'article L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé). Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

EXONERATION DES COTISATIONS

En cas de décès accidentel du membre participant ou de son conjoint inscrit au dossier, gratuité pendant 2 ans des cotisations "Frais de santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier au jour du décès.

Cette prestation s'applique également à la Réunion, à la Martinique et à la Guadeloupe.

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de Santé", adressez le certificat de décès à : ALPTIS ASSURANCES - Service Prestations Prévoyance - 69445 LYON CEDEX 03.

GARANTIE DE BASE (zone 1)

RÉGIME SÉCURITÉ SOCIALE ET AUTRES RÉGIMES (tels que définis dans le lexique) HORS RÉGIMES AMEXA ET ALSACE-MOSELLE

Zone 1
Départements : 04, 05, 07, 12, 18, 19, 20, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 56, 57, 58, 61, 63, 65, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 76, 79, 85, 86, 88, 89, 97.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Garantie de base

- Réduction de - 50 % sur la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.
- Réduction de - 10 % sur la cotisation du membre participant et de son conjoint en cas de souscription du couple.

Pour les niveaux 1 à 4 de la garantie de base

- **Option responsable** : - 10 % sur la cotisation de la garantie de base en contrepartie de la facturation du tiers payant à hauteur de 2 € par facture.
- **AMEXA** : - 15 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale.
- **Alsace-Moselle** : - 50 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale, à partir du niveau 3.

Garanties packs

- Gratuité de la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.

PACKS

- **1 PACK** : 6 € par mois par bénéficiaire des prestations
- **2 PACKS** : 9 € par mois par bénéficiaire des prestations

ÂGE	Niveau Hospi Seule	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
0-18	7,46	17,68	22,87	31,46	39,38
19	8,27	19,60	23,40	30,77	37,40
20	8,89	20,48	24,37	31,90	38,69
21	9,75	22,53	26,82	35,13	42,62
22	9,89	22,86	27,22	35,65	43,25
23	10,03	23,20	27,62	36,18	43,89
24	10,18	23,54	28,03	36,72	44,54
25	10,32	23,89	28,44	37,26	45,21
26	10,47	24,24	28,86	37,81	45,88
27	10,62	24,60	29,29	38,38	46,56
28	10,78	24,96	29,72	38,94	47,25
29	10,93	25,33	30,16	39,52	47,95
30	11,12	25,77	30,69	40,22	48,81
31	11,28	26,15	31,15	40,82	49,53
32	11,44	26,54	31,61	41,42	50,27
33	11,61	26,93	32,08	42,04	51,01
34	11,78	27,33	32,55	42,66	51,77
35	11,95	27,73	33,03	43,30	52,54
36	12,12	28,14	33,52	43,94	53,33
37	12,29	28,56	34,02	44,59	54,12
38	12,47	28,98	34,52	45,26	54,92
39	12,65	29,41	35,03	45,93	55,74
40	12,86	29,90	35,62	46,70	56,68
41	13,14	30,56	36,41	47,74	57,95
42	13,43	31,24	37,22	48,81	59,24
43	13,72	31,93	38,05	49,89	60,56
44	14,02	32,64	38,90	51,01	61,92
45	14,32	33,37	39,76	52,14	63,30
46	14,64	34,11	40,65	53,31	64,71
47	14,95	34,87	41,55	54,50	66,16
48	15,28	35,64	42,48	55,71	67,64
49	15,62	36,43	43,42	56,96	69,15
50	15,98	37,30	44,46	58,32	70,81
51	16,37	38,21	45,55	59,75	72,55
52	16,77	39,16	46,68	61,25	74,36
53	17,19	40,16	47,87	62,81	76,26
54	17,63	41,20	49,11	64,44	78,25
55	18,08	42,29	50,41	66,15	80,32
56	18,56	43,42	51,77	67,93	82,49
57	19,07	44,61	53,19	69,80	84,76
58	19,59	45,86	54,68	71,75	87,14
59	20,14	47,16	56,23	73,80	89,62
60	20,72	48,52	57,86	75,94	92,23
61	21,32	49,95	59,56	78,18	94,95
62	21,94	51,44	61,34	80,51	97,79
63	22,59	52,97	63,16	82,92	100,71
64	23,25	54,54	65,05	85,39	103,72
65	23,94	56,17	66,98	87,94	106,81

Au-delà de 65 ans, la cotisation évolue ensuite de 3 % par an jusqu'à 85 ans

GARANTIE DE BASE (zone 2)

RÉGIME SÉCURITÉ SOCIALE ET AUTRES RÉGIMES (tels que définis dans le lexique) HORS RÉGIMES AMEXA ET ALSACE-MOSELLE

Zone 2

Départements : 01, 02, 03, 08, 09, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 26, 32, 33, 43, 49, 50, 52, 55, 60, 62, 64, 69, 70, 78, 80, 81, 82, 84, 87, 90, 91, 93, 94, 95.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Garantie de base

- Réduction de - 50 % sur la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.
- Réduction de - 10 % sur la cotisation du membre participant et de son conjoint en cas de souscription du couple.

Pour les niveaux 1 à 4 de la garantie de base

- **Option responsable** : - 10 % sur la cotisation de la garantie de base en contrepartie de la facturation du tiers payant à hauteur de 2 € par facture.
- **AMEXA** : - 15 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale.
- **Alsace-Moselle** : - 50 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale, à partir du niveau 3.

Garanties packs

- Gratuité de la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.

PACKS

- **1 PACK** : 6 € par mois par bénéficiaire des prestations
- **2 PACKS** : 9 € par mois par bénéficiaire des prestations

ÂGE	Niveau Hospi Seule	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
0-18	8,06	18,21	24,01	33,98	42,53
19	8,93	20,19	24,57	33,23	40,39
20	9,60	21,09	25,59	34,45	41,78
21	10,53	23,20	28,16	37,94	46,03
22	10,68	23,54	28,58	38,50	46,71
23	10,83	23,89	29,00	39,07	47,40
24	10,99	24,24	29,43	39,65	48,10
25	11,14	24,60	29,86	40,24	48,82
26	11,30	24,96	30,30	40,83	49,55
27	11,47	25,34	30,75	41,45	50,28
28	11,64	25,71	31,20	42,05	51,03
29	11,80	26,09	31,67	42,68	51,78
30	12,01	26,54	32,22	43,43	52,71
31	12,18	26,93	32,71	44,08	53,49
32	12,35	27,33	33,19	44,73	54,29
33	12,53	27,74	33,68	45,40	55,09
34	12,72	28,15	34,18	46,07	55,91
35	12,90	28,56	34,68	46,76	56,74
36	13,09	28,98	35,19	47,45	57,59
37	13,27	29,41	35,72	48,15	58,45
38	13,46	29,85	36,24	48,88	59,31
39	13,66	30,29	36,78	49,60	60,19
40	13,88	30,79	37,40	50,43	61,21
41	14,19	31,47	38,23	51,55	62,58
42	14,50	32,17	39,08	52,71	63,97
43	14,81	32,89	39,95	53,88	65,40
44	15,14	33,62	40,84	55,09	66,87
45	15,46	34,37	41,75	56,31	68,36
46	15,81	35,13	42,68	57,57	69,88
47	16,14	35,91	43,63	58,86	71,45
48	16,50	36,71	44,60	60,16	73,05
49	16,87	37,52	45,59	61,51	74,68
50	17,25	38,42	46,68	62,98	76,47
51	17,68	39,35	47,83	64,53	78,35
52	18,11	40,33	49,01	66,15	80,30
53	18,56	41,36	50,26	67,83	82,36
54	19,04	42,43	51,56	69,59	84,51
55	19,52	43,56	52,93	71,44	86,74
56	20,04	44,72	54,36	73,36	89,08
57	20,59	45,95	55,85	75,38	91,54
58	21,15	47,23	57,41	77,49	94,11
59	21,75	48,57	59,04	79,70	96,79
60	22,37	49,97	60,75	82,01	99,60
61	23,02	51,45	62,54	84,43	102,54
62	23,69	52,98	64,41	86,95	105,61
63	24,39	54,56	66,32	89,55	108,76
64	25,11	56,17	68,30	92,22	112,01
65	25,85	57,85	70,33	94,97	115,35

Au-delà de 65 ans, la cotisation évolue ensuite de 3 % par an jusqu'à 85 ans

GARANTIE DE BASE (zone 3)

RÉGIME SÉCURITÉ SOCIALE ET AUTRES RÉGIMES (tels que définis dans le lexique) HORS RÉGIMES AMEXA ET ALSACE-MOSELLE

Zone 3
Départements : 06, 25, 30, 31, 34, 38, 51, 54, 59, 66, 77, 83, 92.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Garantie de base

- Réduction de - 50 % sur la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.
- Réduction de - 10 % sur la cotisation du membre participant et de son conjoint en cas de souscription du couple.

Pour les niveaux 1 à 4 de la garantie de base

- **Option responsable** : - 10 % sur la cotisation de la garantie de base en contrepartie de la facturation du tiers payant à hauteur de 2 € par facture.
- **AMEXA** : - 15 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale.
- **Alsace-Moselle** : - 50 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale, à partir du niveau 3.

Garanties packs

- Gratuité de la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.

PACKS

- **1 PACK** : 6 € par mois par bénéficiaire des prestations
- **2 PACKS** : 9 € par mois par bénéficiaire des prestations

ÂGE	Niveau Hospi Seule	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
0-18	8,65	19,45	25,84	36,49	45,68
19	9,59	21,56	26,44	35,69	43,38
20	10,31	22,53	27,54	37,01	44,88
21	11,31	24,78	30,31	40,75	49,44
22	11,47	25,14	30,76	41,36	50,17
23	11,64	25,52	31,21	41,97	50,91
24	11,81	25,89	31,68	42,60	51,67
25	11,97	26,28	32,14	43,22	52,44
26	12,15	26,66	32,62	43,86	53,22
27	12,32	27,06	33,10	44,52	54,01
28	12,51	27,45	33,59	45,17	54,81
29	12,68	27,86	34,08	45,84	55,62
30	12,90	28,34	34,68	46,66	56,62
31	13,09	28,76	35,20	47,35	57,46
32	13,27	29,19	35,72	48,05	58,31
33	13,47	29,62	36,25	48,77	59,17
34	13,67	30,06	36,79	49,49	60,05
35	13,86	30,50	37,33	50,23	60,95
36	14,06	30,95	37,88	50,97	61,86
37	14,26	31,41	38,45	51,73	62,78
38	14,47	31,88	39,01	52,50	63,71
39	14,68	32,35	39,59	53,28	64,66
40	14,92	32,89	40,25	54,17	65,75
41	15,24	33,61	41,15	55,38	67,22
42	15,58	34,36	42,06	56,62	68,72
43	15,92	35,12	43,00	57,87	70,25
44	16,26	35,90	43,96	59,17	71,83
45	16,61	36,70	44,93	60,48	73,43
46	16,98	37,52	45,94	61,84	75,06
47	17,34	38,35	46,96	63,22	76,75
48	17,73	39,20	48,01	64,62	78,46
49	18,12	40,07	49,07	66,07	80,22
50	18,54	41,03	50,24	67,65	82,14
51	18,99	42,03	51,48	69,31	84,16
52	19,45	43,07	52,75	71,05	86,26
53	19,94	44,17	54,10	72,86	88,46
54	20,45	45,32	55,50	74,75	90,77
55	20,97	46,52	56,97	76,74	93,17
56	21,53	47,76	58,50	78,80	95,69
57	22,12	49,07	60,11	80,97	98,32
58	22,73	50,44	61,79	83,23	101,08
59	23,36	51,87	63,54	85,61	103,96
60	24,04	53,37	65,39	88,09	106,99
61	24,73	54,94	67,31	90,69	110,14
62	25,45	56,58	69,32	93,39	113,44
63	26,21	58,26	71,37	96,19	116,82
64	26,97	59,99	73,51	99,05	120,32
65	27,77	61,78	75,69	102,01	123,90

Au-delà de 65 ans, la cotisation évolue ensuite de 3 % par an jusqu'à 85 ans

GARANTIE DE BASE (zone 4)

RÉGIME SÉCURITÉ SOCIALE ET AUTRES RÉGIMES (tels que définis dans le lexique) HORS RÉGIMES AMEXA ET ALSACE-MOSELLE

Zone 4

Départements : 13,75.

RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Garantie de base

- Réduction de - 50 % sur la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.
- Réduction de - 10 % sur la cotisation du membre participant et de son conjoint en cas de souscription du couple.

Pour les niveaux 1 à 4 de la garantie de base

- **Option responsable** : - 10 % sur la cotisation de la garantie de base en contrepartie de la facturation du tiers payant à hauteur de 2 € par facture.
- **AMEXA** : - 15 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale.
- **Alsace-Moselle** : - 50 % sur la cotisation du régime Sécurité sociale, à partir du niveau 3.

Garanties packs

- Gratuité de la cotisation du 3^e enfant et des suivants de moins de 20 ans.

PACKS

- **1 PACK** : 6 € par mois par bénéficiaire des prestations
- **2 PACKS** : 9 € par mois par bénéficiaire des prestations

ÂGE	Niveau Hospi Seule	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
0-18	9,70	21,39	28,36	40,90	51,19
19	10,75	23,72	29,02	40,00	48,62
20	11,56	24,78	30,22	41,47	50,30
21	12,68	27,26	33,25	45,67	55,41
22	12,86	27,66	33,75	46,35	56,23
23	13,04	28,07	34,25	47,04	57,06
24	13,24	28,48	34,75	47,74	57,90
25	13,42	28,91	35,26	48,44	58,77
26	13,61	29,33	35,78	49,15	59,65
27	13,81	29,77	36,32	49,90	60,53
28	14,02	30,20	36,85	50,62	61,43
29	14,21	30,65	37,40	51,38	62,34
30	14,46	31,18	38,05	52,29	63,45
31	14,67	31,64	38,62	53,07	64,39
32	14,87	32,11	39,19	53,85	65,35
33	15,09	32,59	39,78	54,65	66,31
34	15,32	33,07	40,36	55,46	67,30
35	15,54	33,55	40,95	56,29	68,30
36	15,76	34,05	41,56	57,12	69,33
37	15,98	34,56	42,18	57,97	70,36
38	16,21	35,07	42,80	58,84	71,40
39	16,45	35,59	43,43	59,71	72,46
40	16,72	36,18	44,17	60,71	73,69
41	17,08	36,98	45,15	62,06	75,34
42	17,46	37,80	46,15	63,45	77,01
43	17,84	38,64	47,18	64,86	78,73
44	18,23	39,49	48,23	66,31	80,50
45	18,62	40,38	49,30	67,78	82,29
46	19,03	41,27	50,40	69,30	84,12
47	19,44	42,19	51,52	70,85	86,01
48	19,87	43,12	52,67	72,42	87,93
49	20,31	44,08	53,84	74,05	89,90
50	20,78	45,13	55,13	75,82	92,05
51	21,28	46,23	56,48	77,68	94,32
52	21,80	47,38	57,88	79,63	96,67
53	22,35	48,59	59,36	81,65	99,14
54	22,92	49,85	60,89	83,77	101,73
55	23,51	51,17	62,51	86,00	104,42
56	24,13	52,54	64,19	88,31	107,24
57	24,79	53,98	65,95	90,74	110,19
58	25,47	55,49	67,80	93,28	113,28
59	26,18	57,06	69,72	95,94	116,51
60	26,94	58,71	71,74	98,72	119,90
61	27,72	60,44	73,85	101,64	123,44
62	28,52	62,24	76,06	104,66	127,13
63	29,37	64,09	78,32	107,80	130,92
64	30,23	65,99	80,66	111,01	134,84
65	31,12	67,97	83,05	114,32	138,85

Au-delà de 65 ans, la cotisation évolue ensuite de 3 % par an jusqu'à 85 ans

MILTIS

Mutuelle Lyonnaise des Travailleurs Indépendants et des Isolés

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 432 218 923)