

Luminéis

Descriptif des prestations

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en € interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base à l'exception de l'équipement optique, où les forfaits en euros incluent la part du régime de base à compter du 1^{er} janvier 2020. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou des renforts optionnels. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les dispositions particulières. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La garantie "Niveau Hospi seule" ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". 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" et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

CADRE RÉGLEMENTAIRE	NON RESPONSABLE	RESPONSABLE			
GARANTIES DE BASE	NIVEAU HOSPI SEULE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4

HOSPITALISATION (y compris chirurgicale, maternité, à domicile, en établissements et unités spécialisés)

↳ **Frais de séjour**

En secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
En secteur non conventionné	250 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS

↳ **Honoraires**

Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250 % BRSS (limité à 100% la 1^{ère} année)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		100 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS	200 % 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
--	---	-----------	-----------	-----------	-----------

↳ **Séjour accompagnant** d'enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours par an)

	40 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

↳ **Forfait journalier hospitalier**

	Frais réels ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
--	----------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

↳ **Soins et prestations inopinés à l'étranger**

pris en charge par le régime de base	150 % BRSS ⁽³⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
--------------------------------------	---------------------------	------------	------------	------------	------------

SOINS COURANTS pris en charge par le régime de base

↳ **Honoraires médicaux** – Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie

Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	175 % BRSS

↳ **Honoraires paramédicaux**

	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
--	---	------------	------------	------------	------------

↳ **Analyses et examens de laboratoire**

	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
--	---	------------	------------	------------	------------

↳ **Transport**

	150 % BRSS ⁽³⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
--	---------------------------	------------	------------	------------	------------

↳ **Médicaments** pris en charge par le régime de base

	–	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
--	---	------------	------------	------------	------------

↳ **Matériel Médical**

	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
--	---	------------	------------	------------	------------

↳ **Actes de prévention**

	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
--	------------	------------	------------	------------	------------

Luminéis

GARANTIES DE BASE

NIVEAU HOSPI SEULE

NIVEAU 1

NIVEAU 2

NIVEAU 3

NIVEAU 4

DENTAIRE

Soins et prothèses du panier 100 % Santé*	–	Frais réels			
Soins et prothèses hors panier 100 % Santé					
↳ Soins (dont inlays, onlays ; scellement sillons)	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
↳ Inlay-core pris en charge par le régime de base	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
↳ Prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base	–	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
↳ Prothèses, orthodontie, Inlay core, parodontie et implantologie non prises en charge par le régime de base (par an et par bénéficiaire)	–	100 €	200 €	250 €	300 €
↳ Plafonds de remboursement annuel (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé					
• 1 ^{ère} année	–	–	–	600 €	800 €
• 2 ^e année et suivantes	–	–	–	1 000 €	1 500 €

OPTIQUE ⁽⁴⁾

Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte ⁽⁵⁾ dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de plus de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans

Équipements du panier 100% Santé* Verres et montures de classe A ⁽⁶⁾	–	Frais réels			
Prestations hors Équipements du panier 100% Santé					
↳ Équipement verres simples	–	100 €	150 €	225 €	300 €
↳ Équipement verres complexes et/ou verres très complexes	–	200 €	250 €	350 €	450 €
↳ Équipement à verre simple et verre complexe ou verre très complexe	–	150 €	200 €	287,50 €	375 €
↳ Suppléments et prestations	–	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
↳ Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base, y compris lentilles jetables - par an et par bénéficiaire	–	50 €	100 €	150 €	200 €
↳ Chirurgie réfractive (par oeil) par an et par bénéficiaire ⁽⁷⁾	–	50 €	100 €	150 €	200 €

AIDES AUDITIVES ⁽⁴⁾ → Le niveau de garantie choisi sur le poste «Aides auditives» est le même que sur le poste «Soins courants»

Équipement du panier 100 % Santé* à partir du 01/01/2021 Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I	–	Frais réels			
Prestations hors Équipement du panier 100 % Santé					
↳ Aide auditive de Classe I jusqu'au 31/12/2020 et Aide auditive de Classe II	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
↳ Autres prestations liées aux aides auditives	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS

CURES THERMALES pris en charge par le régime de base

↳ Honoraires

Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	–	100 % BRSS	100 % BRSS	145 % BRSS	170 % BRSS
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
↳ Frais d'établissement	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
↳ Frais de transport et hébergement (par an et par bénéficiaire)	–	100 €	200 €	250 €	300 €

+ SERVICES (Cf. Notice Miltis Services Santé)

	NIVEAU HOSPI SEULE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
↳ Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Télétransmission	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Protection et assistance juridique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
↳ Prévention, conseil médical et consultation en ligne	–	Oui	Oui	Oui	Oui

*Tels que définis réglementairement.

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

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

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

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

Verres simples : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

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

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

Pour les mineurs : la prise en charge d'un équipement à verres multifocaux ou progressifs est limitée à 750 €, quel que soit le niveau de correction apporté.

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

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

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