

Les taux et les remboursements forfaitaires incluent les remboursements de MIEL Mutuelle et ceux de votre Régime Obligatoire (RO : Sécurité sociale, MSA...).

Les plafonds intègrent uniquement les remboursements de MIEL Mutuelle. Le versement des prestations est effectué sous réserve des conditions légales et réglementaires relatives au Contrat Responsable. Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L-871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire.

Le montant total du remboursement des prestations par le RO et vos organismes complémentaires ne peut excéder les frais réels engagés.

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire

PMSS : Plafond Mensuel de Sécurité Sociale

FR : Frais réels

TM : Ticket modérateur

		APM 1
SOINS COURANTS en établissement conventionné ou non conventionné		
Honoraires médicaux (généraliste, spécialiste, actes techniques médicaux, actes de radiologie et d'échographie) :		
> Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾		150% BR
> Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ^{(1) (5)}		130% BR
Médicaments :		
> Médicaments (quel que soit le Service Médical Rendu)		100% BR
> Pharmacie non prise en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire) (joindre facture nominative établie par le professionnel)		50 €
Vaccins non pris en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire) (joindre ordonnance)		50 €
Analyses et examens de laboratoire		150% BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (forfait par acte)		120 €
Honoraires paramédicaux (dont soins d'infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie)		150% BR
Matériel médical : Orthopédie, appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique		200% BR
OPTIQUE		
Renouvellement par équipement (monture + 2 verres). Pour tous les cas de renouvellement, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales.		
Équipement 100% Santé ⁽²⁾ (Classe A)		Aucun reste à payer
Équipement autre que 100% Santé (Classe B) :		
> Par verre simple		60% BR + 70 €
> Par verre complexe		60% BR + 90 €
> Par verre très complexe		60% BR + 90 €
> Par monture		60% BR + 60 €
Adaptation des verres par l'opticien		100% BR
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)		100% BR + 210€
Chirurgie optique réfractive (kératotomie) (forfait par œil par année civile et par bénéficiaire)		200 €
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽²⁾		
A compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire		
Aucun reste à payer		
Soins		170% BR
Inlays / Onlays ⁽⁶⁾		170% BR
Plafond global hors soins dentaires et inlays/onlays (par année civile et par bénéficiaire) au-delà de 100% BR		1550 €
> Prothèses dentaires hors 100% Santé ⁽⁶⁾ prises en charge par le RO		270% BR
> Orthodontie prise en charge par le RO		200% BR
> Prothèses dentaires non prises en charge par le RO (forfait par prothèse)		200 €
> Implants (racine et pilier) (forfait par implant)		250€
> Orthodontie non prise en charge par le RO (traitement échoué) (forfait par année civile et par bénéficiaire)		200 €
AIDE AUDITIVE par oreille - jusqu'au 31/12/2020		
Appareillage auditif (forfait par année civile et par bénéficiaire)		100% BR + 400€
AIDE AUDITIVE par oreille - renouvellement par appareil (hors accessoires) tous les 4 ans - à compter du 01/01/2021		

	APM 1
Equipement 100% Santé ⁽²⁾ (Classe I ⁽³⁾)	Aucun reste à payer
Equipement autre que 100% Santé (Classe II ⁽³⁾) - limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) :	
> Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ⁽⁴⁾	100% BR + 300€
> Bénéficiaire à compter du 21 ^{ème} anniversaire	100% BR + 400€
Accessoires et fournitures	100% BR
ALLOCATION NAISSANCE / ADOPTION	
Allocation accordée par la Mutuelle (le nouveau né ou l'enfant adopté doit être affilié à MIEL Mutuelle dès sa naissance ou son adoption (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable)	200 €
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, maternité, psychiatrie, rééducation, repos/convalescence, hospitalisation à domicile - hors chirurgie esthétique)	
Honoraires (établissements conventionnés ou non) :	
> Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	300% BR
> Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ^{(1) (5)}	200% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait Journalier Hospitalier sauf MAS et EPHAD	100% FR
Chambre particulière : Médecine, chirurgie (y compris en ambulatoire) et maternité (hors psychiatrie) (la chambre particulière en repos, convalescence et rééducation doit faire suite à une hospitalisation)	60 € / jour
Lit d'accompagnant (bénéficiaire <12 ans affilié ou adulte > de 70 ans) (joindre justificatif)	20 € / jour limités à 20 jours par an
Frais de transport sanitaire pris en charge par le RO	100% BR
Frais location TV	2 € / jour limités à 72 € par an
ALLOCATION NAISSANCE / ADOPTION	
Allocation accordée par la Mutuelle (le nouveau né ou l'enfant adopté doit être affilié à MIEL Mutuelle dès sa naissance ou son adoption (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable)	200 €
BIEN ETRE / PREVENTION	
Cure thermale prise en charge par le RO : soins, transport et hébergement (forfait par année civile et par bénéficiaire) (joindre facture des thermes et décompte RO les justificatifs) limitée à une cure par année civile - max 21 jours	100% BR + 150 €
Médecine additionnelle et de confort : (ostéopathie, chiropractie, ethiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie, réflexologie) - joindre la facture nominative établie par le professionnel	30€ / séance limités à 210 € par an
Sevrage tabagique (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100 €
Fécondation in vitro non prise en charge par RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	180 €
GARANTIE ASSISTANCE	
Assistance santé	Incluse

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(3) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales du contrat.

(4) La cécité est entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 après correction.

(5) Pour les médecins non conventionnés : la BR correspond au Tarif d'autorité.

(6) Remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires entrant dans le panier à tarif modéré.