



# NOTICE NAHITA



compareo  
74 avenue kleber 75116 paris  
Tel 0175431040  
Fax 0175431041

SANS  
QUESTIONNAIRE  
MÉDICAL

## L'ADHÉSION

- **Toute personne âgée de moins de 65 ans,** résidant en France métropolitaine ou dans les DOM, en complément de son régime de base.

## NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° NAHITA 06, souscrit par les Associations ALPTIS et APTI auprès de MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité (RNM n° 432 218 923).

Réf : **NAHITA**

# DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

## NAHITA



Les remboursements incluent les remboursements du régime de base (sauf pour les montants exprimés en euros) ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les garanties du présent contrat 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	NAHITA 1	NAHITA 2
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers payant</b> <b>MATERNITÉ • Tiers payant<sup>(1)</sup></b>		
• Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires	100 % BR	100 % BR
• Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier - durée illimitée (sauf psychiatrie durée limitée à 30 jours/an/bénéficiaire) <sup>(2)</sup>	100 % FR	100 % FR
<b>TRANSPORT • Tiers payant<sup>(1)</sup></b>		
• Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation	100 % BR	100 % BR
<b>MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE (limitées à 30 jours/an/bénéficiaire)<sup>(3)</sup> • Tiers payant<sup>(1)</sup></b>		
• Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires	-	100 % BR
• Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires	-	100 % BR
• Forfait journalier	-	100 % FR
<b>SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS A L'ÉTRANGER</b> remboursés par le régime de base	100 % RSS	100 % RSS
<b>FRAIS MÉDICAUX COURANTS</b>		
• Consultations et visites <sup>(4)</sup>	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux, analyses, actes d'imagerie, échographies • <b>Tiers payant<sup>(1)</sup></b>	100 % BR	100 % BR
• Actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésies	100 % BR	100 % BR
• Actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur ou de diététicien <sup>(5)</sup> (maxi 5 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues) <sup>(6)</sup>	-	Maximum 20 € par séance
<b>PHARMACIE</b>		
• Pharmacie prise en charge (vignettes blanches et bleues, à l'exclusion des vignettes oranges) <b>Tiers payant<sup>(1)</sup></b>	100 % BR	100 % BR
<b>APPAREILLAGE</b>		
• Orthopédie, prothèses auditives	100 % BR	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>		
• Soins	100 % BR	100 % BR
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	100 % BR	Maximum 150 € par an et par bénéficiaire <sup>(6)</sup>
• Prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime de base, traitement parodontie et implantologie	-	
<b>OPTIQUE • Tiers payant (verres et monture uniquement)<sup>(1)</sup></b>		
• Verres, monture, lentilles remboursés par le régime de base	100 % BR	Maximum 80 € par an et par bénéficiaire <sup>(6)</sup>
• Lentilles non prises en charge par le régime de base et chirurgie réfractive	-	
<b>PRÉVENTION</b>		
• Actes de prévention remboursés par le régime de base <sup>(7)</sup>	100 % BR	100 % BR

(1) Tiers payant disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur, sauf pour l'optique. Les soins externes peuvent aussi faire l'objet de tiers payant.

(2) Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

(3) Les séjours en maisons de repos et de convalescence doivent faire suite à une hospitalisation.

(4) Les consultations et visites psychiatriques réalisées en dehors du parcours de soins ne sont pas prises en charge.

(5) Praticien diplômé d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

(6) Les montants sont alloués 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.

(7) L'ensemble des actes de prévention fixé par l'arrêté du 8 juin 2006.

### DÉFINITIONS :

**BR (Base de Remboursement) :** tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Pour les médicaments qui ont un générique, le remboursement se fait sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité.

**FR (Frais Réels) :** montant des dépenses engagées par le bénéficiaire des prestations.

**RSS (Remboursement Sécurité Sociale) :** dans ce cas, le remboursement présenté dans ce descriptif des prestations s'ajoute à celui du régime de base.