

Milan bleu

Fiche produit - Collectif santé

Milan bleu, c'est :

- **Garanties :**
10 niveaux Santé responsables semi-modulaires
7 options facultatives dont 3 non responsables
- **Cibles :**
Entreprise de 1 à 100 salariés
Cadre/Non cadre/Ensemble du personnel
- **Territorialité :**
France Métropolitaine, DROM & Corse

Les + Milan bleu

- Accessible dès 1 salarié et jusqu'à 100
- Option non Optam jusqu'à 500%
- Une tarification sans démographie
- Tarifs très compétitifs
- Pas de tranche d'âge
(moyenne d'âge à l'année)
- Adhésion des salariés 100% dématérialisée
- Médecines douces très avantageuses

Choisir Milan bleu, c'est choisir:



Une plateforme 100% digitale

Une tarification éclair, des démarches entièrement dématérialisées, une gestion des contrats directement sur la plateforme... tout se passe depuis votre espace dédié.



Une gestion efficace

Parce que c'est important d'être bien accompagné, nous avons choisi Baloo qui a les process de gestion les plus avancés du marché : déclaration en ligne, remboursements immédiats des prestations, espace client et application à la pointe !



Des tarifs pensés pour ne pas s'envoler

Des risques sélectionnés avec soin, des offres judicieusement segmentées, construites pour être équilibrées. Résultat, des tarifs justes avec des indexations limitées.



Des offres sans mauvaises surprises

Toutes nos offres sont construites de manière lisible et transparente. Nous incluons un résumé des garanties pour une comparaison simplifiée. Pas de mauvaise surprise pour vos clients. Et pour vous non plus.

	MILAN ANI	MILAN 11B	MILAN 22B	MILAN 33B	MILAN 44B	MILAN 5
		Remboursement total maximum (dont RO*) dans la limite des frais réels engagés				
Hospitalisation (y compris Maternité) (1)						
Honoraires médicaux & chirurgicaux						
Médecin DPTAM en secteur conventionné	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Médecin non DPTAM en secteur conventionné ou non	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière						
Établissement conventionné, yc ambulatoire - par jour	30 €	70 €	80 €	120 €	140 €	150 €
Établissement non conventionné - par jour	30 €	50 €	60 €	80 €	90 €	110 €
Frais d'accompagnant pour personne de moins de 16 ans (a)	-	25 €	30 €	50 €	60 €	70 €
Frais de séjour & forfaits						
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour dans un établissement conventionné (b)	500% BR	500% BR	500% BR	500% BR	500% BR	500% BR
Frais de séjour en établissement non conventionné (max 500%BR)	90% FR	90% FR	90% FR	90% FR	90% FR	90% FR
Maternité & Adoption						
Forfait maternité, y compris adoption (c) (double si naissances multiples)	-	100€ / enfant	200€ / enfant	300€ / enfant	400€ / enfant	500€ / enfant
Assistance à la procréation non remboursée (d)	-	50€	50€	80€	100€	100€
Soins courants						
Consultation & visites médecins						
Consultations et visites d'un médecin Généraliste DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	220% BR	300% BR	300% BR
Consultations et visites d'un médecin Généraliste non DPTAM	100% BR	110% BR	160% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Consultations et visites d'un médecin Spécialiste DPTAM	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Consultations et visites d'un médecin Spécialiste non DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Autres						
Imagerie médicale par médecin DPTAM (e)	100% BR	150% BR	200% BR	220% BR	400% BR	500% BR
Imagerie médicale par médecin non DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (f)	100% BR	150% BR	200% BR	220% BR	300% BR	300% BR
Analyses et examens de laboratoires remboursés	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Médicaments remboursés	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Séances d'accompagnement psychologue remboursées	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Appareillages, prothèses, produits et prestations remboursés	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Prothèses mammaires & capillaires remboursées -par an	100% BR	150% BR + 150€	200% BR + 300€	300% BR + 367€	350% BR+ 367€	400% BR + 367€
Acte technique médical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Acte technique médical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Optique						
Équipement 100% santé (2)	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Panier libre - Classe B - Forfait tous les 2 ans						
Monture (100€ max) + 2 verres simples	100 €	150 €	200 €	300 €	350 €	420 €
Monture (100€ max) + 2 verres complexes	200 €	220 €	270 €	370 €	420 €	420 €
Monture (100€ max) + 2 verres très complexes	200 €	320 €	420 €	520 €	620 €	700 €
		300 €	520 €	620 €	720 €	800 €
Autres						
Lentilles remboursées ou non - par an / bénéficiaire	100 € + MR	125 € +MR	150 € + MR	200 € +MR	250 € + MR	300 € + MR
Chirurgie réfractive de l'œil par laser - par œil/par an/ bénéficiaire	-	600 € / œil	600 € / œil	960 € / œil	960 € / œil	960 € / œil
Dentaire						
Prothèses & soins 100% santé (3)	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Soins dentaires hors 100% santé						
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie remboursée	100% BR	200% BR	250% BR	350% BR	400% BR	400% BR
Prothèses tarifs limités & libres (4)						
Limité : à 3 dents par an sauf accident, puis 125% BR pour les dents suivantes						
Prothèses remboursées, inlay/onlay sur dents visibles	150% BR	250% BR	300% BR	350% BR	450% BR	500% BR
Prothèses remboursées, inlay/onlay sur dents non visibles	125% BR	300% BR	350% BR	400% BR	500% BR	500% BR
Orthodontie						
Orthodontie remboursée - par semestre	125% BR	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	425% BR
Orthodontie non remboursée (16 à 28 ans) - par semestre max 4 consécutifs	-	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
Implantologie dentaire non remboursée						
par implant, limité à 2 par an / bénéficiaire						
Pose de l'implant (phase opératoire)	-	154 €	231 €	308 €	500 €	847 €
Faux moignon implantaire	-	46 €	69 €	92 €	150 €	253 €
Autres						
Parodontologie non remboursée - par an / bénéficiaire	-	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Prothèses fixes non remboursées - 2 max par an / bénéficiaire (1)	-	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Plafond global en dentaire (hors soins et 100 % santé)	-	-	-	-	3 000 €	3 000 €
Auditif						
Équipement auditif 100% santé - Classe 1 (5)	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV	100% PLV
Équipement auditif à tarifs libres						
Équipements adultes (+21 ans Classe 2) - Tous les 4 ans	400 €	600 €	800 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €
Équipements enfants (- 21 ans Classe 2) - Tous les 4 ans	1 400 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Accessoires, entretien et piles remboursés	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Bien-être						
Médecines douces (1)						
Acupuncture, chiropractie, diététicien, homéopathe, ostéopathie, pédicure-podologue, psychologue et psychomotricien - limité à 5/an/bénéficiaire	30 € / acte	30 € / acte	40 € / acte	52 € / acte	62 € / acte	62 € / acte
Prévention						
Acte de prévention remboursés	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Sevrage tabagique prescrit non remboursé - par an / bénéficiaire	30 €	30 €	40 €	50 €	50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée - par an / bénéficiaire	-	30 €	40 €	60 €	80 €	80 €
Vaccins prescrits non remboursés (k) - par an / bénéficiaire	200€	200€	200€	200€	440€	440€
Dépistage de l'hépatite B	100% BR	120% BR	250% BR	370% BR	370% BR	370% BR
Médicaments prescrits non remboursés (m) - par an / bénéficiaire	20 €	30 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Séances d'activité physique affection longue durée (l)	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Autres						
Frais de transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermale remboursée (frais, séjour, transport..)	100% BR	100€ + MR	300€ + MR	450€ + MR	640€ +MR	640€ +MR
Allocation Obsèques adhérent, conjoint, enfants (+12 ans)	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS	100% PMSS

Le boost constitue un niveau à part entière : il ne s'agit pas d'un renfort.
Il reprend les garanties de la colonne de base (Milan 1 dans l'exemple) mais améliore les postes optique et dentaire simultanément en prenant les remboursements de la colonne boost sur ces postes.
Cela permet de reproduire de la modularité dans l'offre et ainsi faciliter les prises à la concurrence.

Détail de l'articulation entre socles obligatoires et options facultatives



Milan bleu - Surco
Option salarié non responsable

	SURCO 3	SURCO 4	SURCO 5
Hospitalisation (y compris maternité)	Remboursement en complément du RO et de la base de garantie		
Honoraires médicaux & chirurgicaux			
Non DPTAM en secteur conventionné ou non	+100% BR	+200% BR	+300% BR
Chambre particulière			
Établissement conventionné, yc ambulatoire - par jour	+30 €	+30 €	+30 €
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultation et visites d'un médecin généraliste non DPTAM	+20% BR	+100% BR	+100% BR
Consultation et visites d'un médecin spécialiste non DPTAM	+100% BR	+200% BR	+300% BR
Autres			
Actes d'imagerie, échographie et doppler non DPTAM	+100% BR	+200% BR	+300% BR
Médicaments prescrits non remboursés	+50 €	+40 €	+30 €
Acte technique médical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	+100% BR	+200% BR	+300% BR
Aides auditives			
Équipement à tarifs libres			
Équipement adultes + de 21 ans - classe 2 - tous les 4 ans	+150 €	+150 €	+150 €
Équipement enfants - de 21 ans - classe 2 - tous les 4 ans	+150 €	+150 €	+150 €
Dentaire			
Prothèses tarifs modérés & libres			
Prothèses remboursées sur dents visibles	+50% BR	-	-
Prothèses remboursées dents non visibles	+50% BR	+50% BR	-
Actes dentaires non remboursés			
Orthodontie non remboursée (de 16 à 28 ans) - par semestre, max 4	+100 €	+100 €	+100 €
Implants dentaire - par implant limité 2 actes /an par bénéficiaire	+150 €	+150 €	+150 €
Parodontologie non remboursée - par an / par bénéficiaire	+50 €	+50 €	+50 €
Prothèses fixes non remboursées - limité à 2/an	+200 €	+200 €	+200 €
Optique			
Verres et monture	+50 €	+100 €	+150 €
dont monture à tarifs libres Classe B - tous les 2 ans			

Lexique

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale française pour déterminer le montant de son remboursement.

TM : Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR : Frais Réels.

FR-MR : Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

EUROS - MR : Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

PLV : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité sociale.

SÉCURITÉ SOCIALE : il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.



Légende

Hospitalisation:

(1) Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge :

- . les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,
- . l'hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures,
- . l'intervention chirurgicale sans hospitalisation.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6ème jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

LIMITATIONS POUR L'ENSEMBLE DU POSTE HOSPITALISATION

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité Sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale,

est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

Au-delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur.

(a) Les frais d'hébergement en maison de parents peuvent être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an

(b) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques

(c) Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement exposés pendant les cinq premiers jours d'hospitalisation.

(d) L'assistance à la procréation doit être prescrite médicalement. Dans la limite de 2 actes par an

Soins courants:

(e) Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin DPTAM

(f) Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues

Optique:

(2) Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Dentaire:

(3) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente: PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

(4) Prothèses à tarifs limités : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente: PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.

(g) Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale

(h) Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (par semestre, dans la limite de 4 semestres consécutifs) pour les traitements des enfants bénéficiaires commencés après 16 ans et jusqu'à 28 ans

(i) Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale : - Curetage / Surfaçage - Greffe gingivale - Allongement coronaire de codage - Lambeau de codage (par an)

Auditif:

(5) Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Bien-être:

(j) Médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADEL, RPPS ou FINESS (Spécialités prises en charge : Acupuncture, Homéopathe, ostéopathe, chiropractie, diététicien, pédicure-podologue, psychomotricien, psychologue).

(k) Vaccins prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité Sociale, dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché (par année civile et par bénéficiaire)

(m) Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), par année civile et par bénéficiaire

(l) Séances d'activité physique en cas d'Affection Longue Durée :

Les séances d'activité physique prescrites et adoptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique.

L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique.