

Garanties APRIL Santé

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables (hors niveau Access) et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai de (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Non responsable



		Niveau Access	Limitation	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ *									
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ									
Frais de séjour		Frais réels						Frais réels	
Forfait journalier hospitalier		Frais réels						Frais réels	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE									
Frais de séjour								Frais réels	
Forfait journalier hospitalier		–						Frais réels	
Honoraires et frais médicaux								100 % BR	
SOINS COURANTS									
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR						100 % BR	
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR						100 % BR	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR						100 % BR	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		–		–	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport		100 % BR						100 % BR	
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique		100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
DENTAIRE									
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100 % BR						Frais réels	
Prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽²⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽²⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾ – hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale		–		–	–	1500 € au-delà 100 % BR	2000 € au-delà 100 % BR	2500 € au-delà 100 % BR	2500 € au-delà 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai de (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Non responsable



	Niveau Access	Limitation	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
OPTIQUE								
	Forfait Lunette ⁽⁴⁾	La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité Sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.						
Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽³⁾	Se reporter au forfait « Équipements optique » de classe B ci-dessous		Frais réels					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B			Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)			100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	50 €	100 % BR	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)			100 % BR	200 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)			100 % BR	50 % des frais réels				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	30 €	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	–	–	–	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) – par année d'adhésion	–	–	–	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
AIDES AUDITIVES								
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020								
Aides auditives et entretien de l'appareillage	100 % BR		100 % BR					
Aides auditives à compter du 01/01/2021⁽⁶⁾ (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)								
Équipements « 100% Santé » Classe I	100 % BR		Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR					
Accessoires	100 % BR		100 % BR					
AUTRES PRESTATIONS								
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR		100 % BR					

BR : Base de remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(3) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100% Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(5) Au 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la facturation de l'équipement. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par l'audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

<input type="checkbox"/>	Option Rachat de la limitation pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	En souscrivant cette option, les garanties prévues au contrat (hors renforts éventuellement souscrits) ne sont pas limitées pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat
--------------------------	---	---

<input type="checkbox"/>	Renfort Hospitalisation HORS Niveau Access et Essentiel	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
	Chambre particulière – par jour et par assuré – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, Établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. Hors hospitalisation psychiatrique	–	–	30 €	50 €	60 €	80 €	110 €
	Frais accompagnant (lit et frais de repas) – par jour – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, Établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. Hors hospitalisation psychiatrique	–	–	15 €	25 €	30 €	35 €	50 €

<input type="checkbox"/>	Renfort Médecines naturelles et Médicaments HORS Niveau Access et Essentiel	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
	Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré	–	–	45 €	75 €	100 €	125 €	150 €
	Forfait Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	–	–	35 €	40 €	50 €	60 €	70 €

<input type="checkbox"/>	Renfort Optique/Dentaire/ Audiologie HORS Niveau Access et Essentiel	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium		Niveau Confort		Niveau Intégral		Niveau Premium	
					Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2
	Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) – par année d'adhésion et par assuré	–	–	50 €	50 €	100 €	50 €	100 €	50 €	100 €	50 €	100 €
	Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement – par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.	–	–	+ 50 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €
	Renfort Aides auditives – le forfait se renouvelle tous les 4 ans, et à partir du 1 ^{er} janvier 2021, à compter de la dernière acquisition pour l'« Offre libre » Classe II ⁽⁰⁾	–	–	150 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille

GRILLE OPTIQUE 2020

Catégorie 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

Catégorie 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

Catégorie 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00

- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)