

# Garanties APRIL Santé Mix

## Produit conforme 100 % 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 Formule Hospitalisation seule) : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4*	NIVEAU 5*	NIVEAU 6*
<b>MODULE HOSPITALISATION</b>		■	■	■	■	■	■
<b>HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ **</b>							
<b>SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ</b>							
Frais de séjour		Frais réels					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM <sup>(1)</sup>		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) (par an et par assuré)		-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
<b>SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE</b>							
Frais de séjour		Frais réels					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels					
Honoraires et frais médicaux		100% BR					
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (par jour) (hors hospitalisation psychiatrique)		-	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €
Dans la limite de 30 jours							
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
<b>MODULE FRAIS DE SANTÉ</b>		■	■	■	■	■	■
<b>SOINS COURANTS</b>							
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM <sup>(1)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM <sup>(1)</sup>		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Transport		100% BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR					
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étioopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute (par année d'adhésion et par assuré)		-	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
<b>Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>		<b>+20 €</b>	<b>+20 €</b>	<b>+30 €</b>	<b>+40 €</b>	<b>+50 €</b>	<b>+60 €</b>
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>		<b>+20 €</b>	<b>+20 €</b>	<b>+30 €</b>	<b>+40 €</b>	<b>+50 €</b>	<b>+60 €</b>
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100% BR					
<b>DENTAIRE</b>							
Soins remboursés par la Sécurité sociale		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	250% BR
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>		Frais réels					
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR					

\* Niveau non accessible si vous optez pour le module Hospitalisation seul.

\*\* 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, OPTAM-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.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
<b>MODULE FRAIS DE SANTÉ (suite)</b>						
<b>OPTIQUE</b>						
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 à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. 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 <sup>(3)</sup> . Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.						
Équipement «Offre libre» Classe B <sup>(3)</sup> : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) <sup>(4)</sup>	100 % BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement «Offre libre» Classe B <sup>(3)</sup> : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) <sup>(4)</sup>		125 €				
Équipement «Offre libre» Classe B <sup>(3)</sup> : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) <sup>(4)</sup>		200 €	275 €	350 €	425 €	500 €
<b>Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B) : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>	-			+ 50 €		
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>				+ 50 €		
Équipement «100% Santé» Classe A <sup>(3)</sup> : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle				Frais réels		
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B <sup>(3)</sup>		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100% BR	50% des frais réels				

#### OPTIQUE HORS LUNETTES (PAR ANNÉE D'ADHÉSION ET PAR ASSURÉ)

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 20 €	100% BR + 70 €	100% BR + 120 €	100% BR + 170 €	100% BR + 220 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

#### AIDES AUDITIVES

##### Aides auditives jusqu'au 31/12/2020

Aides auditives et entretien de l'appareillage	100% BR					
--	---------	--	--	--	--	--

##### Aides auditives à compter du 01/01/2021 (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 <sup>(5)</sup>	Frais réels					
Équipements «Offre libre» Classe II dans la limite de 1700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale <sup>(5)</sup>	100% BR					
Accessoires	100% BR					

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
<b>MODULE RENFORT SENIOR</b>						
Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 3 ans pour un achat en 2019 - tous les 4 ans à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 - et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) <sup>(6)</sup>	100 € par oreille	150 € par oreille	200 € par oreille	250 € par oreille	300 € par oreille	350 € par oreille
<b>Bonus fidélité prothèses auditives : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>				+50 € par oreille		
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>				+50 € par oreille		
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale	100% BR					
Forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
<b>MODULE RENFORT FAMILLE</b>						
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €
<b>Bonus fidélité orthodontie remboursée : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de</b>				+ 100 €		
<b>après 4 années d'adhésion, la garantie augmente à nouveau de</b>				+ 100 €		
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Forfait de naissance ou d'adoption	100 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €

(3) Tels que définis réglementairement. Les verres et montures 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 verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre 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'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous et sur les conditions générales pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.

(5) Tels que définis réglementairement. 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 (Offre 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 délivrance de l'équipement.

## 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  $\leq$  à  $+ 4,00$
  - dont la sphère est positive et dont la somme  $S^*$  est  $\leq$  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  $0$ ] et dont le cylindre est  $>$  à  $+ 4,00$

\* Somme  $S = (\text{sphère} + \text{cylindre})$

- dont la sphère est  $<$  à  $- 6,00$  et dont le cylindre est  $\geq$  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  $\leq$  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  $\geq$  à  $0,25$
  - dont la sphère est positive et dont la somme  $S^*$  est  $\leq$  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