

Garanties APRIL Flexi Santé

Formule Complète



Conforme 100 % Santé - Responsable

Les garanties s'appliquent conformément à la notice valant Conditions Générales, sous déduction des remboursements du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire lorsque celui-ci intervient. Les remboursements s'effectuent dans la limite des frais réellement engagés, les forfaits et plafonds de garanties s'entendent par assuré. Les niveaux de garanties souscrits s'appliquent à l'ensemble des assurés au contrat. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Les actes de préventions définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

IMPORTANT Pour une estimation exacte de vos remboursements pensez à nous faire parvenir le devis de vos frais de santé.

Les Modules Hospitalisation / Soins courants et Optique / Dentaire / Audiologie sont accessibles du niveau 1 à 6.
Règle de modularité : possibilité de choisir des niveaux de garanties différents entre les deux Modules. Les niveaux de garanties sont modulables entre eux jusqu'à 2 niveaux d'écart (supérieurs ou inférieurs).

MODULE HOSPITALISATION / SOINS COURANTS		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION A DOMICILE ET MATERNITÉ							
Frais de séjour		Frais réels					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Bonus fidélité, après 2 années d'adhésion la garantie passe à :	-	150 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR	325 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	105 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (par jour)		-	30 €	45 €	60 €	70 €	80 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		-	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €
SÉJOURS EN SOINS MEDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE							
Frais de séjour		100% BR					
Forfait journalier hospitalier		Frais réels					
Honoraires et frais médicaux		100% BR					
Chambre particulière pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation (par jour) (hors hospitalisation psychiatrique)		-	30 €	45 €	60 €	70 €	80 €
Dans la limite de 30 jours							
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
	Bonus fidélité, après 1 année d'adhésion la garantie passe à :	-	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR
	Bonus fidélité, après 2 années d'adhésion la garantie passe à :	-	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	105 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
	Bonus fidélité, après 1 année d'adhésion la garantie passe à :	-	105 % BR	125 % BR	150 % 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	200 % BR	250 % BR
Bonus fidélité, après 1 année d'adhésion la garantie passe à :		-	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR
Forfait Patient Urgences et actes lourds							
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Transport							
100 % BR							
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale							
100 % BR							
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale⁽²⁾							
100 % BR							
Cure thermale : Soins pris en charge par la Sécurité sociale							
100 % BR							
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française							
100 % BR							

MODULE OPTIQUE / DENTAIRE / AUDIOLOGIE		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6						
DENTAIRE													
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR						
Soins et prothèses "100% Santé" remboursés par la Sécurité sociale⁽³⁾		Frais réels											
Prothèses "Offre Modérée" et "Offre Libre" remboursées par la Sécurité sociale⁽³⁾		100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR						
Bonus fidélité, après 2 années d'adhésion la garantie passe à :		-	175 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR						
Plafond prothèses "Offre modérée" ou "Offre libre" remboursées par la Sécurité sociale⁽³⁾ (par année d'adhésion) - Hors soins et prothèses "100 % Santé" remboursés par la Sécurité sociale⁽³⁾		-	-	-	1500 € Au-delà : 100 % BR	1800 € Au-delà : 100 % BR	2 000 € Au-delà : 100 % BR						
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR											
OPTIQUE													
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. 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 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. 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⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle		Frais réels											
Équipement "Offre libre" Classe B⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)⁽⁵⁾		100 % BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €						
Bonus fidélité, après 2 années d'adhésion la garantie passe à :			175 €	225 €	275 €	325 €	375 €						
Équipement "Offre libre" Classe B⁽⁴⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ou 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)⁽⁵⁾			200 €	200 €	250 €	300 €	350 €						
Bonus fidélité, après 2 années d'adhésion la garantie passe à :		-	-	300 €	350 €	400 €	450 €						
Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽⁴⁾		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire) de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels											
Prestations d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)		100 % BR	50 % Frais réels										
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR											
AIDES AUDITIVES													
Équipements "100 % Santé" Classe I⁽⁶⁾		Frais réels											
Équipements "Offre libre" Classe II, par oreille⁽⁷⁾		100 % BR											
Accessoires		100 % BR											
Les renforts viennent en complément des modules et sont facultatifs. Les deux renforts peuvent être souscrits cumulativement si leurs niveaux de garanties est identique. Possibilité de souscrire qu'un seul renfort.													
Le niveau 2 n'est accessible que pour les assurés ayant souscrit les niveaux 3 à 6 du Module Hospitalisation / Soins courants.													
Renfort Confort		Niveau 1		Niveau 2 Disponible dès le niveau 3 du Module Hospitalisation Soins Courants									
Forfait supplémentaire chambre particulière (par jour)		+ 10 €		+ 20 €									
Médicaments ou vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		30 €		70 €									
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, éticiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, pédicure, sophrologue, luminothérapeute, hypnotérapeute (par année d'adhésion et limité à 40€ par séance)		80 €		180 €									
Forfait chirurgie réfractive, traitement au laser (par année d'adhésion)		125 €		250 €									
Forfait Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		75 €		150 €									
Renfort Senior		Niveau 1		Niveau 2 Disponible dès le niveau 3 du Module Hospitalisation Soins Courants									
Forfait Frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		125 €		250 €									
Frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie. (par année d'adhésion)		150 €		300 €									
Forfait Équipements auditifs « Offre libre » Classe II, par oreille⁽⁷⁾		225 €		450 €									

* 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 (OPTAM, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Prise en charge selon les limitations prévues par le dispositif «Mon Soutien Psy».

(3) 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 d'Assurance Maladie 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.

(4) 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 d'Assurance Maladie Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

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

(6) 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 d'Assurance Maladie 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.

(7) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

GRILLE OPTIQUE

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 ≤ + 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] 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 ≤ + 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 3

Et

- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

LA RÉFORME 100% SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100 % Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients, soit en optique, en dentaire et en audiology.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés. Ils peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.