

Garanties APRIL Only Santé

Les garanties décrites ci-dessous ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables» mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Les actes 100 % Santé ne sont pas remboursés.

Les garanties exprimées en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO) comprennent le remboursement du Régime Obligatoire . Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire, par assuré.

IMPORTANT Pour une estimation exacte pensez à nous faire parvenir votre devis.

Aucune prise en charge au titre du dispositif 100 % Santé

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
----------	----------	----------	----------	----------	----------

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*

SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ

Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Chambre particulière – par jour et par assuré dans la limite de 10 jours (minimum une nuitée et hors ambulatoire) ⁽³⁾	–	40 €	60 €	80 €	100 €	100 €
Frais d'accompagnant (lit et frais de repas) – par jour et par assuré dans la limite de 10 jours ⁽³⁾	–	15 €	15 €	15 €	20 €	20 €
Forfait confort extra hospitalier (frais TV/Téléphone) – par jour et par assuré dans la limite de 10 jours	–	10 €	10 €	10 €	10 €	10 €

SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION, ET PSYCHIATRIE

Frais de séjour ⁽¹⁾	Frais réels					
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels					
Honoraires et frais médicaux	100 % BR					
Chambre particulière pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation – par jour et par assuré dans la limite de 20 jours (hors psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés) ⁽³⁾	–	40 €	55 €	70 €	85 €	100 €

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Forfait Patient Urgence et actes lourds ⁽⁴⁾	Frais réels					
Transport ⁽⁵⁾	100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR					
Médicaments, vaccins et homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale - par année d'adhésion et par assuré	–	–	–	–	–	–
Bonus fidélité médicaments, vaccins et homéopathie non remboursés par la Sécurité sociale : après 1 année d'adhésion – par année d'adhésion et par assuré	–	10 €	20 €	25 €	30 €	40 €
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathie, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, psychologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré, limité à 40 € par séance	–	50 €	60 €	70 €	80 €	90 €
Bonus fidélité médecines naturelles : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	–	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale	Aucune prise en charge					
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR					
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾	100 % BR					
Forfait pour les frais annexes de cure - par année d'adhésion et par assuré	–	50 €	70 €	80 €	100 €	150 €
Bonus fidélité forfait pour les frais annexes de cure : après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de	–	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €

DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale	Non éligible au Dispositif 100 % Santé Aucune prise en charge					
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale – par acte Forfait en complément du remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €
Plafond prothèses remboursées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	–	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale – prothèses, orthodontie, implantologie et parodontologie – par année d'adhésion	–	50 €	100 €	150 €	200 €	200 €

OPTIQUE

La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est : tous les deux ans pour les plus de 16 ans, tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue ; et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros.

Équipement « 100 % Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	Non éligible au Dispositif 100 % Santé Aucune prise en charge					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Dans le cadre d'équipement mixte : - Dispositif 100 % Santé : aucune prise en charge - Équipement hors 100 % Santé : prise en charge à la hauteur des forfaits ci-dessous					
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 % BR	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes		200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	Aucune prise en charge					
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100 % BR	50 €	50 €	70 €	70 €	100 €

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant données lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

Les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), ne sont pas pris en charge dans le cadre de ce contrat.

* 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) Illimité. Hors chambre ambulatoire. Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle et soins médicaux et de réadaptation (SMR) (maisons de rééducation, de repos ou de convalescence)), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.
- (2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé.
- (3) La chambre particulière n'est pas garantie pour une hospitalisation ambulatoire et les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie et assimilés.
- (4) Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.
- (5) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.
- (6) Les soins de cures thermales ainsi que les frais de transports et d'hébergement afférents pris en charge ou non par le RO donnent lieu à un remboursement, dans la limite des garanties de la formule choisie et des frais réellement engagés. Il est entendu que le forfait indiqué en euros est annuel et n'est valable que pour les frais de transport et d'hébergement.
- (7) Prise en charge des soins dentaires, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dentaire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux, prophylaxie bucco-dentaire, actes inlay-onlay, actes d'endodontie et la parodontologie.

Grille Optique

Verres Simples	Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
Verres complexes	Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

