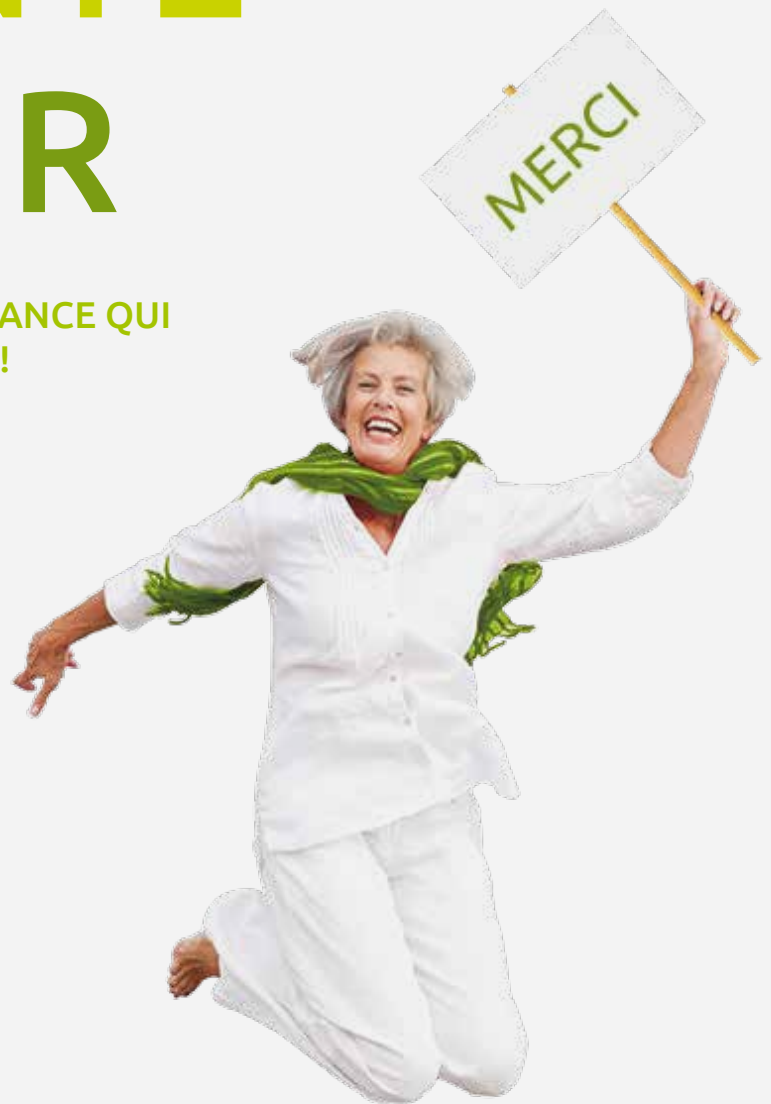


SPÉCIAL
50 ANS ET PLUS

APRIL SANTÉ SENIOR

AVANTAGE
JEUNES
RETRAITÉS*

OUI À UNE ASSURANCE QUI
A TOUT COMPRIS !



* Voir conditions en page 3



L'assurance en plus facile.

GARANTIES APRIL SANTÉ SENIOR

Les garanties sont exprimées 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 s'entendent par assuré et par année d'adhésion⁽¹⁾ (hors prothèse auditive et hors garantie optique équipement complet). Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : 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
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*							
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ							
Frais de séjour		FR	FR	FR	FR	FR	FR
Forfait journalier		FR	FR	FR	FR	FR	FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100% BR	125% BR	150% BR	250% BR	300% BR	400% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR**	105% BR**	130% BR**	200% BR**	200% BR**	200% BR**
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	45 €	55 €	80 €	100 €
Frais d'accompagnant (par jour)		-	10 €	15 €	25 €	30 €	40 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS							
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier							
Honoraires et frais médicaux							
Chambre particulière (par jour)		-	35 €	45 €	55 €	80 €	90 €
Dans la limite de 30 jours							
SÉJOURS EN PSYCHIATRIE							
Frais de séjour		100%					
Forfait journalier							
Honoraires et frais médicaux							
FRAIS MÉDICAUX							
Consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR**	105% BR**	105% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**
Actes médicaux, imagerie médicale (y compris soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽²⁾	100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecins NON DPTAM ⁽²⁾	100% BR**	105% BR**	105% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**
Auxiliaires médicaux, analyses (y compris soins externes et à domicile)		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Transport		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE							
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale		-	25 €	25 €	50 €	50 €	100 €
DENTAIRE							
Soins dentaires		100% BR	125% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dont les appareils dentaires : 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année d'adhésion		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
+ Bonus : Fidélisation dentaire, après 2 années d'adhésion, la garantie est de			175%	200%	250%	350%	400%
	Plafond prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	-	-	-	1 500 € au-delà : 100%	2 000 € au-delà : 100%	2 500 € au-delà : 100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie		-	50 €	100 €	150 €	250 €	300 €
+ Bonus : Fidélisation dentaire, après 2 années d'adhésion, la garantie est de		-	100 €	150 €	200 €	350 €	400 €

* En cas d'Hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier, 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.

** Garanties susceptibles d'être complétées par les garanties du contrat Ma surco honoraires. Reportez-vous au tableau de garanties des conditions générales du produit.

(1) Année d'adhésion : période d'un an qui sépare 2 dates d'anniversaire de la prise d'effet des garanties.

(2) 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.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
OPTIQUE						
<i>S'agissant des lunettes et dans le cadre de votre forfait, 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 années d'adhésion, et par période d'une année d'adhésion pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La prise en charge des montures est limitée à 150 €.</i>						
Équipement complet : 1 monture + 2 verres simples (catégorie A) ⁽³⁾	100% BR	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Bonus : Fidélisation optique, après 2 années d'adhésion, la garantie est de		150 €	250 €	300 €	370 €	420 €
Équipement complet : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie B) ⁽³⁾ ou 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie C) ⁽³⁾		200 €	200 €	250 €	350 €	450 €
Bonus : Fidélisation optique, après 2 années d'adhésion, la garantie est de		–	300 €	350 €	500 €	600 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR +50 €	100% BR +100 €	100% BR +150 €	100% BR +175 €	100% BR +200 €
APPAREILLAGE						
Prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses auditives + entretien de l'appareillage (le forfait se renouvelle tous les 3 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien)	100% BR	100% BR + 300 €	100% BR + 450 €	100% BR + 600 €	100% BR + 750 €	100% BR + 1 050 €
CONFORT ET PRÉVENTION						
Soins cure thermale remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale par année d'adhésion et par assuré	-	-	50 €	100 €	200 €	250 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute	-	30 €	50 €	100 €	100 €	150 €
AUTRES PRESTATIONS						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

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

GRILLE OPTIQUE

Catégorie A

› Deux verres simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] et dont le cylindre est ≤ à +4,00

Catégorie B

› Verre 1 :

- Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] et dont le cylindre est ≤ à +4,00

› Verre 2 :

- Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 à +6,00[
- Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00
- Un verre multifocal ou progressif
- Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]-8,00 à +8,00[
- Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à +4,00[

Catégorie C

› 2 verres (au choix) :

- Deux verres simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[
- Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à +4,00
- Deux verres multifocaux ou progressifs
- Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]-8,00 à +8,00[
- Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]-4,00 à +4,00[

ou

› Verre 1 (au choix) :

- Un verre simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[
- Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00
- Un verre multifocal ou progressif

› Verre 2 (au choix) :

- Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]-8,00 à +8,00[
- Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à +4,00[

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Calculs effectués en fonction de la base de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} mai 2018.

EXEMPLES POUR 5 ACTES

APRIL SANTÉ SENIOR													
DÉPENSE ENGAGÉE	REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6						
Consultation d'un médecin spécialiste signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...) (secteur 2) (Base de remboursement : 23 €)	40,00 €	15,10 €	REMBOURSEMENT APRIL					6,90 €	12,65 €	12,65 €	18,40 €	23,90 €	23,90 €
			VOTRE RESTE À CHARGE					18,00 €	12,25 €	12,25 €	6,50 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste non signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...) (secteur 2) (Base de remboursement : 23 €)	70 €	15,10 €	REMBOURSEMENT APRIL					6,90 €	8,05 €	8,05 €	13,80 €	25,30 €	29,90 €
			REMBOURSEMENT MA SURCO HONORAIRES					-	4,60 €	4,60 €	4,60 €	4,60 €	23,00 €
			VOTRE RESTE À CHARGE					48,00 €	42,25 €	42,25 €	36,50 €	25,00 €	2,00 €
Equipelement optique comprenant 1 monture et 2 verres complexes de Catégorie C (en 3 ^{ème} année d'adhésion)	Monture : 115 €	Monture : 1,70 €	REMBOURSEMENT APRIL 3 ^{ème} ANNÉE					9,44 €	200 €	300 €	350 €	500 €	550,86 €
	Verres : 450 €	Verres : 12,44 €	VOTRE RESTE À CHARGE					541,42 €	350,86 €	250,86 €	200,86 €	50,86 €	- €
	Total : 565 €	Total : 14,14 €											
Pose d'une prothèse dentaire (en 1 ^{ère} année d'adhésion)	600 €	75,25 €	REMBOURSEMENT APRIL					32,25 €	59,13 €	86,00 €	139,75 €	193,50 €	247,25 €
			VOTRE RESTE À CHARGE					492,50 €	465,63 €	438,75 €	385,00 €	331,25 €	277,50 €
Acte chirurgical (à l'hôpital, opération de la cataracte, réalisé par un médecin signataire du DPTAM (CAS, OPTAM, OPTAM-CO))	600 €	271,70 €	REMBOURSEMENT APRIL					- €	67,93 €	135,85 €	328,30 €	328,30 €	328,30 €
			VOTRE RESTE À CHARGE					328,30 €	260,38 €	192,45 €	- €	- €	- €

COMPRENDRE 1€ DE RESTE À CHARGE

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées au 01/01/17 par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat :

- › 1 € / consultation, acte technique et analyse biologique
- › 0,50 € / boîte de médicaments, et par acte paramédical
- › 2 € / transport sanitaire

QU'EST-CE QUE LE DPTAM ?

Le DPTAM est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.