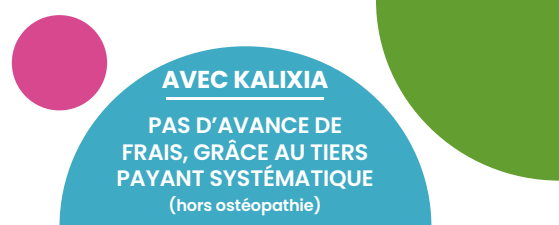


Garanties APRIL Santé Eco

Niveaux Responsables

Convention n°UNMI2022S1



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 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. Les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente des trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai des trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

		Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*					
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ					
Frais de séjour		Frais réels			
Forfait journalier hospitalier		Frais réels			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	180 % BR	210 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR			
Chambre particulière par jour et par assuré dans la limite de 30 jours		-			
Frais accompagnant (lit et frais de repas) par jour et par assuré dans la limite de 30 jours		-			
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			
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés par jour et par assuré (Hors hospitalisation psychiatrique) dans la limite de 30 jours		-			
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	120 % BR	160 % BR	210 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR			
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR			125 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR			
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds		Frais réels			
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR			
Transport		100 % BR			
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage - hors prothèse auditive et accessoire optique		100 % BR			
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime Obligatoire ⁽²⁾		100 % BR			
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100 % BR			

DENTAIRE

Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
			<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</i>	
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale⁽³⁾	Frais réels			
Prothèses dentaires « Offre Modérée »⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	200 % BR	310 % BR
		<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</i>		
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée »⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale⁽³⁾ - hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale		700 € au-delà 100 % BR	900 € au-delà 100 % BR	1 100 € au-delà 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
			<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</i>	

OPTIQUE

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 des niveaux 1 & 2 non responsables. 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'appairage et d'adaptation de la correction visuelle⁽⁴⁾	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)	50 €	100 €	150 €	250 €
	<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</i>			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	125 €	140 €	160 €	270 €
	<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</i>			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	200 €	220 €	240 €	300 €
	<i>Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat</i>			
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale - par année d'adhésion	100 % BR			

AIDES AUDITIVES

Aides auditives (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⁽⁵⁾	Frais réels
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille⁽⁶⁾	100 % BR
Accessoires	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) Dispositif « MonPsy », dans la limite de 8 séances par an et par assuré.
- (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 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 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.
- (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.
- (6) 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 obligatoire.

