

APRIL Santé Peps

Contrat responsable et conforme 100 % Santé

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

Calculs effectués en fonction des tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée en juin 2024.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	Dépense ⁽²⁾	20 € (15 € en service psychiatrique)				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale ⁽¹⁾	0 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement APRIL	20 € (15 €)				
	Reste à charge	0 €				
Chambre particulière pour une nuit (sur demande du patient)	Dépense ⁽³⁾	67 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement APRIL intégrant le renfort Bien-Être	0 €				
	Reste à charge	67 €				

Séjour avec actes lourds

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour

Frais de séjour en secteur privé	Dépense ⁽³⁾	835,60 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	835,60 €				
	Remboursement Sécurité sociale	811,60 €				
	Remboursement APRIL	24 €				
	Reste à charge	0 €				

Honoraires du médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO

Opération en secteur privé : honoraires chirurgien OPTAM	Dépense ⁽³⁾	434 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	271,70 €				
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €				
	Remboursement APRIL	0 €	67,92 €	135,85 €	162,30 €	162,30 €
	Reste à charge	162,30 €	94,38 €	26,45 €	0 €	0 €

Honoraires du médecin secteur 2 (non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO)

Opération en secteur privé : honoraires chirurgien non OPTAM	Dépense ⁽³⁾	473 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	271,70 €				
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €				
	Remboursement APRIL	0 €	13,58 €	81,51 €	201,30 €	201,30 €
	Reste à charge	201,30 €	187,22 €	119,79 €	0 €	0 €

Séjour sans acte lourd

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour

Frais de séjour en secteur public	Dépense ⁽³⁾	3 541 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	3 541 €				
	Remboursement Sécurité sociale	2 832,80 €				
	Remboursement APRIL	708,20 €				
	Reste à charge	0 €				

SOINS COURANTS
Honoraires médecin secteur 1 (généraliste ou spécialiste)

Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	Dépense ⁽⁵⁾	30 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	30 €				
	Remboursement Sécurité sociale	19 €				
	Remboursement APRIL	9 €				
	Reste à charge	2 € de participation forfaitaire				
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	Dépense ⁽⁵⁾	35 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	35 €				
	Remboursement Sécurité sociale	24,50 €				
	Remboursement APRIL	10,50 €				
	Reste à charge	0 €				
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽⁵⁾	31,50 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	31,50 €				
	Remboursement Sécurité sociale	20,05 €				
	Remboursement APRIL	9,45 €				
	Reste à charge	2 € de participation forfaitaire				

Honoraires médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO

Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	Dépense ⁽⁵⁾	50 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	35 €				
	Remboursement Sécurité sociale	24,50 €				
	Remboursement APRIL	10,05 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €
	Reste à charge	15,45 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (ophtalmologie, dermatologie, etc.)*	Dépense ⁽⁵⁾	54 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	31,50 €				
	Remboursement Sécurité sociale	20,05 €				
	Remboursement APRIL	11,45 €	19,32 €	27,20 €	31,95 €	31,95 €
	Reste à charge	22,50 €	14,63 €	6,75 €	2 €	2 €

Honoraires médecin secteur 2 (non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO)

Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense ⁽⁵⁾	62 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	23 €				
	Remboursement Sécurité sociale	16,10 €				
	Remboursement APRIL	6,90 €	8,05 €	13,80 €	18,40 €	29,90 €
	Reste à charge	39 €	37,85 €	32,10 €	27,50 €	16 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽⁵⁾	67 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	23 €				
	Remboursement Sécurité sociale	14,10 €				
	Remboursement APRIL	6,90 €	8,05 €	13,80 €	18,40 €	29,90 €
	Reste à charge	46 €	44,85 €	39,10 €	34,50 €	23 €

Matériel médical

Achat d'une paire de béquilles	Dépense ⁽⁵⁾	26,18 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	24,40 €				
	Remboursement Sécurité sociale	14,64 €				
	Remboursement APRIL	9,76 €	11,54 €	11,54 €	11,54 €	11,54 €
	Reste à charge après 3 mois	1,78 €	0 €	0 €	0 €	0 €



DENTAIRE

Soins et prothèses 100 % santé

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100 % santé)	Dépense ⁽⁶⁾	500 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	120 €				
	Remboursement Sécurité sociale	72 €				
	Remboursement APRIL	428 €				
	Reste à charge	0 €				

Soins (hors 100 % santé)

Détartrage	Dépense ⁽⁶⁾	43,38 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	43,38 €				
	Remboursement Sécurité sociale	26,03 €				
	Remboursement APRIL	17,35 €				
	Reste à charge après 3 mois	0 €				

Prothèses (hors 100 % santé)

Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽³⁾	557 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	120 €				
	Remboursement Sécurité sociale	72 €				
	Remboursement APRIL	48 €	108 €	168 €	228 €	288 €
	Reste à charge après 3 mois	437 €	377 €	317 €	257 €	197 €

Orthodontie (moins de 16 ans)

Traitement par année (6 semestres max.)	Dépense ⁽³⁾	707 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	193,50 €				
	Remboursement Sécurité sociale	193,50 €				
	Remboursement APRIL	0 €				
	Reste à charge	513,50 €				

OPTIQUE

Equipement 100 % Santé

Verres simples et monture	Dépense ⁽⁴⁾	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)				
	Remboursement Sécurité sociale	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)				
	Remboursement APRIL	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)				
	Reste à charge	0 €				

Verres progressifs et monture	Dépense ⁽⁴⁾	90 € (par verre) + 30 € (monture)				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	27 € (par verre) + 9 € (monture)				
	Remboursement Sécurité sociale	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)				
	Remboursement APRIL	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)				
	Reste à charge	0 €				

Equipement (hors 100 % Santé)

Verres simples et monture (142 €)	Dépense ⁽⁴⁾	110 € (par verre) + 146 € (monture)				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0,15 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €				
	Remboursement APRIL	0,06 €	99,97 € (monture) + 0 € (pour les verres)	99,97 € (monture) + 49,94 € (pour les verres)	99,97 € (monture) + 99,94 € (pour les verres)	99,97 € (monture) + 149,94 € (pour les verres)
	Reste à charge après 3 mois	365,85 €	265,94 €	216 €	166 €	116 €

Verres progressifs et monture (142 €)	Dépense ⁽⁴⁾	243 € (par verre) + 146 € (monture)				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0,15 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €				
	Remboursement APRIL	0,06 €	99,97 € (monture) + 149,94 € (pour les verres)	99,97 € (monture) + 199,94 € (pour les verres)	99,97 € (monture) + 249,94 € (pour les verres)	99,97 € (monture) + 299,94 € (pour les verres)
	Reste à charge après 3 mois	631,85 €	382 €	332 €	282 €	232 €

Lentilles

Forfait annuel	Dépense ⁽⁴⁾	156,87 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement APRIL	0 €	50 €	75 €	100 €	125 €
	Reste à charge après 3 mois	156,87 €	106,87 €	81,87 €	56,87 €	31,87 €

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Chirurgie réfractive						
Opération correctrice de la myopie pour les 2 yeux	Dépense ⁽⁴⁾	1 846,60 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement Sécurité sociale	0 €				
	Remboursement APRIL	0 €	50 €	100 €	150 €	200 €
	Reste à charge après 3 mois	1 846,60 €	1 796,60 €	1 746,60 €	1 696,60 €	1 646,60 €

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % Santé						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽⁴⁾	950 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	400 €				
	Remboursement Sécurité sociale	240 €				
	Remboursement APRIL	710 €				
	Reste à charge	0 €				

Équipement (hors 100 % Santé)						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽³⁾	1 582 €				
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	400 €				
	Remboursement Sécurité sociale	240 €				
	Remboursement APRIL	160 €	260 €	310 €	360 €	460 €
	Reste à charge après 3 mois	1 182 €	1 082 €	1 032 €	982 €	882 €

(1) La BR est un tarif de «référence» fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

- (2) Tarif réglementaire
- (3) Prix moyen national de l'acte
- (4) Prix limite de vente
- (5) Tarif conventionnel
- (6) Honoraire limite de facturation

* Le remboursement du dépassement d'honoraires est calculé sur la base de remboursement du Régime Obligatoire fixée à 23 €. Les éventuelles majoration de coordination (5 €) sont prises en charge à 100% par le Régime Obligatoire et le contrat.

Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

Comprendre le reste à charge

Montant des franchises médicales et participation forfaitaire appliquées par la Sécurité sociale et non remboursées par votre contrat :

- 2 € / consultation, acte technique et analyse biologique
- 1 € / boîte de médicaments, et par acte paramédical
- 4 € / 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 choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO).

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

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)