

Garanties APRIL Santé Eco

Niveaux Non Responsables

Convention n°UNMI2022S2

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 non responsables.

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.

Les garanties « Soins courants » du niveau 1 ne bénéficient pas du service de Tiers-Payant : l'avance des frais de Santé est à la charge de l'assuré.

		Niveau 1	Niveau 2
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	100 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		
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			
Forfait journalier hospitalier			
Honoraires et frais médicaux		-	
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	100 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		
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 %		-	
Transport		100 % BR	100 % BR
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage - hors prothèse auditive et accessoire optique		-	
Psychologues conventionnés remboursés par le Régime Obligatoire ⁽²⁾		-	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		-	
DENTAIRE			
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		-	100 % BR
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale		-	
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		-	100 % BR
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale - hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale		-	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		-	

Niveau 1

Niveau 2

OPTIQUE

Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	-
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	

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	
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽³⁾	-
Accessoires	

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) 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.

