

GARANTIES MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE

Pour plus de simplicité :

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 ÉCO	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								
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins CAS ⁽²⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	350 %
	Médecins NON CAS ⁽³⁾			105 %	130 %	180 %	200 %	200 %
	Limité à	-	-	100 % pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré, sauf en cas d'accident				
Frais de séjour	Frais réels							
Forfait journalier	Frais réels							
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE								
Frais de séjour	100 %							
Forfait journalier								
Honoraires et frais médicaux								
FRAIS MÉDICAUX⁽⁴⁾								
Consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes)	Médecins CAS ⁽²⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
	Médecins NON CAS ⁽³⁾			105 %	130 %	180 %	200 %	200 %
	Limité à	-	-	100 % (sauf en cas de souscription de l'option Consultation +) à partir de la 7 ^e consultation par année d'adhésion et par assuré				
Actes médicaux, imagerie médicale	Médecins CAS ⁽²⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
	Médecins NON CAS ⁽³⁾			105 %	130 %	180 %	200 %	200 %
Auxiliaires médicaux, analyses (y compris en soins externes)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	
Transport	100 %							
PHARMACIE⁽⁵⁾								
Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale	100 %							

* En cas d'Hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier, la participation forfaitaire de 18 euros, 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) Année d'adhésion : période d'un an qui sépare 2 dates d'anniversaire de la prise d'effet des garanties.
- (2) Médecins CAS : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins.
- (3) Médecins Non CAS : Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris les médecins non conventionnés.
- (4) Si vous êtes hors parcours de soins, ce contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par la Sécurité sociale.
- (5) Les taux de remboursement par la Sécurité sociale sont de 15% pour les médicaments à service médical rendu faible et de 30% pour les médicaments à service médical rendu modéré.

COMPRENDRE

› Soins de suite

Suite à une chute, vous êtes opéré. Après l'opération vient une période de rééducation, pour laquelle vous serez pris en charge en établissement ou service de soins de suite.

	NIVEAU ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
DENTAIRE							
Soins dentaires	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	100 %	125 %	175 %	225 %	275 %	375 %	400 %
	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré					
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %						
Remboursement APRIL plafonné, par assuré et par année d'adhésion (pour les prothèses dentaires remboursées uniquement)	-	-	-	-	1 500 € Au-delà : 100% BR		2 000 € Au-delà : 100% BR
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie	-	-	100 €	150 €	200 €	250 €	400 €
OPTIQUE							
<i>S'agissant des lunettes, 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) ⁽⁶⁾	100 %	100 %	100 €	150 €	200 €	250 €	350 €
Équipement complet : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (Catégorie B) ⁽⁶⁾			125 €				
Équipement complet : 1 monture + 2 verres complexes et/ou très complexes (Catégorie C) ⁽⁶⁾			200 €	200 €	250 €	350 €	550 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100 % + 20 €/an	100 % + 20 €/an	100 % + 70 €/an	100 % + 120 €/an	100 % + 170 €/an	100 % + 200 €/an	100 % + 250 €/an
	-	-	Les garanties lunettes et lentilles sont limitées à 100 % pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré				
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
APPAREILLAGE							
Petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	400 %
Prothèse auditive (Le forfait se renouvelle tous les 3 ans et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien)	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 600 €	100 % + 800 €	100 % + 900 €	100 % + 1 000 €	100 % + 1 200 €
Accessoires optique (loupes, lunettes loupes)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
AUTRES PRESTATIONS							
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 %						

(6) Se référer au tableau d'explication figurant sur la notice commerciale et les conditions générales pour connaître le détail des Catégories A, B et C.

GRILLE OPTIQUE

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
<ul style="list-style-type: none"> Deux verres simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] et dont le cylindre est ≤ à +4,00 	<ul style="list-style-type: none"> Verre 1 : <ul style="list-style-type: none"> Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] et dont le cylindre est ≤ à +4,00 Verre 2 : <ul style="list-style-type: none"> Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +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 et +8,00] Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est [-4,00 et +4,00] 	<ul style="list-style-type: none"> 2 verres (au choix) : <ul style="list-style-type: none"> Deux verres simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +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 et +8,00] Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est [-4,00 et +4,00] ou Verre 1 (au choix) : <ul style="list-style-type: none"> Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 et +6,00] Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 Un verre multifocal ou progressif Verre 2 (au choix) : <ul style="list-style-type: none"> Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est [-8,00 et +8,00] Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est [-4,00 et +4,00]

DES OPTIONS QUI RÉPONDENT À VOS BESOINS ⁽¹⁾ POUR VOUS SOIGNER COMME VOUS LE SOUHAITEZ

Pack confort

À PARTIR DE
10,53 €
PAR MOIS !*

- › Enrichissez vos garanties et bénéficiez du confort d'une chambre particulière en cas d'hospitalisation ou encore du remboursement complet des médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale.

	NIVEAU AVANTAGE	NIVEAU PRIVILÈGE Accessible aux niveaux 2 à 6
 Chambre particulière : - dans la limite de 30 jours pour les séjours en établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés - hors hospitalisation psychiatrique	45 €/jour	90 €/jour
Frais d'accompagnant	20 €/jour	40 €/jour
Tous médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %

* Pour une personne seule en 2016.

Pack bien-être

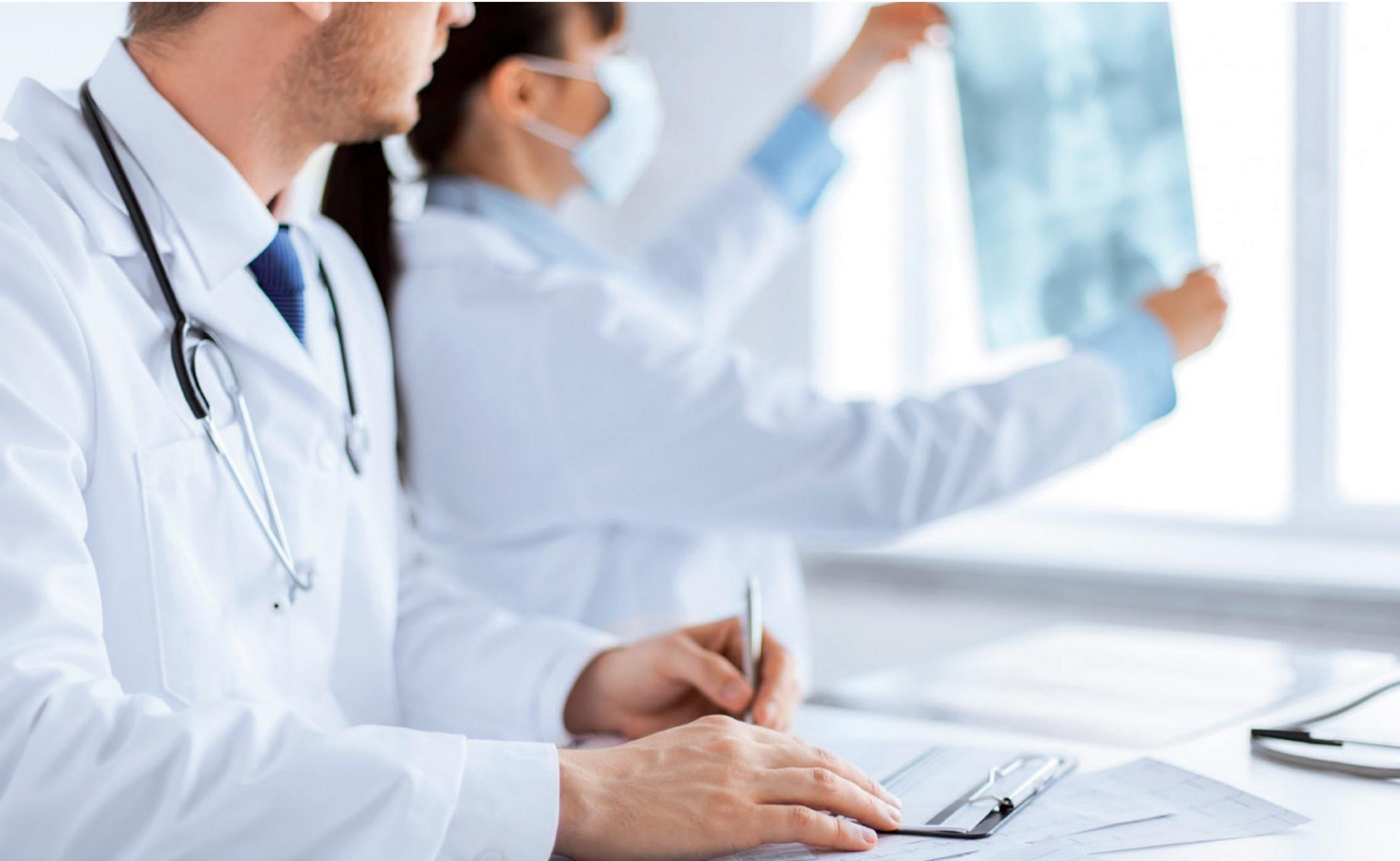
À PARTIR DE
4,38 €
PAR MOIS !*

- › Profitez du bienfait des médecines douces !

	NIVEAU AVANTAGE	NIVEAU PRIVILÈGE Accessible aux niveaux 2 à 6
 Médecines naturelles : - ostéopathe / homéopathe / acupuncteur / chiropracteur / microkinésithérapeute / étioathe / diététicien / naturopathe / podologue - limitées à 5 séances par année d'adhésion et par assuré	25 €/séance	50 €/séance
Séance auprès d'un psychologue (limitées à 5 séances par année d'adhésion et par assuré)	25 €/séance	50 €/séance
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale par année d'adhésion et par assuré	150 €	300 €
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par année d'adhésion et par assuré)	25 €	50 €

* Pour une personne seule en 2016.

(1) Vous ne pouvez pas souscrire ces options si vous avez choisi le Niveau Hospitalisation.



Option consultation +

- › Pour lever la limitation de garantie applicable à compter de la 7^e consultation par année d'adhésion et par assuré.

8%
DU PRIX DE LA
COTISATION,
HORS OPTION

Pack hospitalisation tranquillité +

- › Vous allez être hospitalisé ? APRIL vous simplifie la vie et met en place les services dont vous avez besoin.
- « Ma conjointe doit se faire hospitaliser pour l'implantation d'une prothèse au genou, où dois-je l'emmener ? Que va lui faire le chirurgien ? Et après, à la maison, comment cela va-t-il se passer ? »

À PARTIR DE
6,99 €
PAR MOIS !*

Comprendre et préparer votre hospitalisation

A votre écoute, l'équipe dédiée d'APRIL :

- › Vous guide dans **le choix de l'établissement hospitalier** selon la spécialité, la proximité et son classement via des critères définis par la Haute Autorité de la Santé.
- › Vous permet de comprendre **les techniques opératoires** de votre intervention chirurgicale (6 fiches/an). Une intervention bien comprise est gage d'une hospitalisation sereine.

* Pour une personne seule en 2016.

Gérer votre absence et organiser votre retour

- › Vous êtes **contacté** immédiatement dès 24h d'hospitalisation **pour définir ensemble les services dont vous avez besoin** : aide ménagère, garde d'enfants, portage de repas...
Jusqu'à 100 € de prestations par hospitalisation.

**LE BON
PLAN**

2€ MALINS (Non accessible avec le niveau hospitalisation)

- › Une option astucieuse qui vous permet d'économiser 8% sur votre cotisation si vous n'avez pas de fréquentes habitudes de soins de santé, en participant aux frais de gestion à hauteur de 2€ à chacun de vos remboursements.
2€ sont déduits à chaque remboursement APRIL dans la limite de 2€/jour/assuré.
Si vous réalisez plusieurs actes de soins le même jour, seuls 2€ seront déduits.

Option non disponible dans le département 97.