

SANTÉ DU PARTICULIER

APRIL Santé Primo

Une offre santé clé-en-main pour s'assurer en quelques clics et à petit prix

Avec ses 7 niveaux responsables, APRIL Santé Primo offre une large palette de garanties et prendra soin de votre budget avec ses tarifs étudiés.



CONFORME
**100%
SANTÉ**

 Votre carte de Tiers-Payant sur Mobile

Pour les budgets serrés avec des habitudes de soins occasionnelles

**1 NIVEAU
RESPONSABLE
100 % SANTÉ**

Du budget moyen à plus important pour des soins avec dépassements d'honoraires

**6 NIVEAUX
RESPONSABLES
100 % SANTÉ**

DES GARANTIES POUR LES BESOINS ESSENTIELS

- L'hospitalisation
- Les consultations
- La pharmacie
- Les frais dentaires
- Les frais optiques
- Les aides auditives

BON À SAVOIR

Ce produit comprend des limitations de garanties qui ne conviendront peut-être pas aux personnes ayant des soins dans les premiers mois après l'adhésion.

Il s'agit d'une période de 3 mois à compter de la prise d'effet des garanties pendant laquelle les remboursements sont limités à 100 % de la base de remboursement sur toutes les garanties de base.

Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant le délai d'attente de 3 mois suivant la date d'effet des garanties.

La limitation ne concerne pas le niveau 1.

LA RÉFORME 100% SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100 % Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients, soit en optique, en dentaire et en audiologie.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale. Ils peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.



Garanties APRIL Santé Primo



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 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
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	120 % BR	140 % BR	180 % BR	210 % BR	260 % BR	300 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	115 % BR	140 % BR	165 % BR	180 % BR	200 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
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						
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	120 % BR	140 % BR	160 % BR	175 % BR	210 % BR	250 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	110 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR						
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR						
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels						
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR						
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		-	100 % BR					
Transport		100 % BR						
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100 % BR						
DENTAIRE								
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
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	110 % BR	150 % BR	190 % BR	225 % BR	285 % BR	325 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
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		-	-	-	1000 € au-delà 100 % BR	1400 € au-delà 100 % BR	1800 € au-delà 100 % BR	2200 € au-delà 100 % BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale – par année d'adhésion		-	90 €	125 €	190 €	200 €	285 €	300 €
Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	175 % BR	250 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

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. 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 ⁽⁵⁾	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)	100 % BR	55 €	125 €	155 €	200 €	255 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		125 €					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		200 €	225 €	250 €	275 €	300 €	350 €
Pour les équipements "Offre libre" Classe B	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR	50 % des frais réels					
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	100 % BR	100 % BR + 20€	100 % BR + 35 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 75 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	-	-	35 €	-	75 €	-	100 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser – par année d'adhésion	-	100 €	100 €	125 €	150 €	150 €	200 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					

AIDES AUDITIVES

Aides auditives⁽⁵⁾
(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 ⁽⁶⁾	Frais réels						
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽⁷⁾	100 % BR	100% BR + 50€	100% BR	100% BR + 250€	100% BR	100% BR + 450€	100% BR
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Accessoires	100 % BR						

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	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 assurés.
- (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) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A "100% Santé" ou Classe B "Offre Libre" composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.
- (6) Tels que définis réglementairement. 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 (Offre 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 délivrance de l'équipement.
- (7) 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.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est $[- 6,00 \text{ et } + 6,00]$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[-6,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq + 4,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq \text{à } 6,00$

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de $- 6,00 \text{ à } + 6,00$
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[- 6,00 \text{ et } 0 \text{ s}]$ et dont le cylindre est $> \text{à } + 4,00$
 - dont la sphère est $< \text{à } -6,00$ et dont le cylindre est $\geq \text{à } 0,25$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> \text{à } 6,00$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est $[-8,00 \text{ et } + 8,00]$
 - dont la sphère est hors zone de $[- 4,00 \text{ à } + 4,00]$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq \text{à } +4,00$
 - dont la sphère est $[- 8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $> \text{à } + 4,00$

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

- dont la sphère est $< \text{à } - 8,00$ et dont le cylindre est $\geq \text{à } 0,25$
- dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq \text{à } 8,00$
- dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> \text{à } 8,00$

ou

- 1 Verre de la catégorie 3
- Et
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

LA RÉFORME 100% SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100% Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients, soit en optique, en dentaire et en audiologie.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale. Ils peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.



OPTIQUE



AUDIOLOGIE



DENTAIRE

 APRIL Santé Prévoyance

Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance co-conçu et assuré par UNMI'Mut.


L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Garanties APRIL Santé Primo

PRODUIT CONFORME 100 % SANTÉ

Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	Dépense ⁽¹⁾	20 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement APRIL	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Reste à charge	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Chambre particulière pour une nuit (sur demande du patient)	Dépense ⁽²⁾	66,59 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement APRIL	0 €						
	Reste à charge	66,59 €						
Séjour avec actes lourds Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé								
Frais de séjour								
Frais de séjour en secteur privé	Dépense ⁽²⁾	794,04 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	794,04 €						
	Remboursement Sécurité sociale	770,04 €						
	Remboursement APRIL	24 €						
	Reste à charge	0 €						
Honoraires du médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO								
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien OPTAM	Dépense ⁽²⁾	413 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	271,70 €						
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €						
	Remboursement APRIL	0 €	54,34 €	108,68 €	141,30 €	141,30 €	141,30 €	141,30 €
	Reste à charge	141,30 €	86,96 €	32,62 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du médecin secteur 2 (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)								
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien non OPTAM	Dépense ⁽²⁾	451 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	271,70 €						
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €						
	Remboursement APRIL	0 €	0 €	40,76 €	108,68 €	176,61 €	179,30 €	179,30 €
	Reste à charge	179,30 €	179,30 €	138,55 €	70,62 €	2,70 €	0 €	0 €
Séjour sans actes lourds 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 ⁽²⁾	3 333,75 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	3 333,75 €						
	Remboursement Sécurité sociale	2 667 €						
	Remboursement APRIL	666,75 €						
	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 ⁽⁴⁾	25 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	25 €						
	Remboursement Sécurité sociale	16,50 €						
	Remboursement APRIL	7,50 €						
	Reste à charge	1 €						
Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	Dépense ⁽⁴⁾	32 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	32 €						
	Remboursement Sécurité sociale	22,40 €						
	Remboursement APRIL	9,60 €						
	Reste à charge	0 €						
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽⁴⁾	30 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	30 €						
	Remboursement Sécurité sociale	20 €						
	Remboursement APRIL	9 €						
	Reste à charge	1 €						

Honoraires médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO

Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	Dépense ⁽⁴⁾	32 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	32 €						
	Remboursement Sécurité sociale	22,40 €						
	Remboursement APRIL	9,60 €						
	Reste à charge	0 €						
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)*	Dépense ⁽⁴⁾	44 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	30 €						
	Remboursement Sécurité sociale	20 €						
	Remboursement APRIL	9 €	14 €	18,20 €	22,80 €	23 €	23 €	23 €
	Reste à charge	15 €	10,40 €	5,80 €	1,20 €	1 €	1 €	1 €

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

Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	Dépense ⁽⁴⁾	55 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	23 €						
	Remboursement Sécurité sociale	16,10 €						
	Remboursement APRIL	6,90 €	6,90 €	9,20 €	13,80 €	18,40 €	25,30 €	29,90 €
	Reste à charge	32 €	32 €	29,70 €	25,10 €	20,50 €	13,60 €	9 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	Dépense ⁽⁴⁾	58 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	23 €						
	Remboursement Sécurité sociale	15,10 €						
	Remboursement APRIL	6,90 €	6,90 €	9,20 €	13,80 €	18,40 €	25,30 €	29,90 €
	Reste à charge	36 €	36 €	33,70 €	29,10 €	24,50 €	17,60 €	13 €

Matériel médical

Achat d'une paire de béquilles	Dépense ⁽⁴⁾	25,63 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	24,40 €						
	Remboursement Sécurité sociale	14,64 €						
	Remboursement APRIL	9,76 €	9,76 €	10,99 €	10,99 €	10,99 €	10,99 €	10,99 €
	Reste à charge	1,23 €	1,23 €	0 €				



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100% santé)	Dépense ⁽⁵⁾	500 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	120 €						
	Remboursement Sécurité sociale	84 €						
	Remboursement APRIL	416 €						
	Reste à charge	0 €						

Soins (hors 100% santé)

Détartrage	Dépense ⁽⁵⁾	43,38 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	43,38 €						
	Remboursement Sécurité sociale	30,36 €						
	Remboursement APRIL	13,02 €						
	Reste à charge	0 €						

Prothèses (hors 100% santé)

Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	547,90 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	120 €						
	Remboursement Sécurité sociale	84 €						
	Remboursement APRIL	36 €	48 €	96 €	144 €	186 €	258 €	306 €
	Reste à charge	427,90 €	415,90 €	367,90 €	319,90 €	277,90 €	205,90 €	157,90 €

Orthodontie (moins de 16 ans)

Traitement par année (6 semestres max.)	Dépense ⁽²⁾	720 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	193,50 €						
	Remboursement Sécurité sociale	193,50 €						
	Remboursement APRIL	0 €	0 €	0 €	96,75 €	145,13 €	145,13 €	290,25 €
	Reste à charge	526,50 €	526,50 €	526,50 €	429,75 €	381,38 €	381,38 €	236,30 €

OPTIQUE

Equipement 100% Santé

Verres simples et monture	Dépense ⁽³⁾	112 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	34,50 €						
	Remboursement Sécurité sociale	20,70 €						
	Remboursement APRIL	91,30 €						
	Reste à charge	0 €						
Verres progressifs et monture	Dépense ⁽³⁾	210 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	63 €						
	Remboursement Sécurité sociale	37,80 €						
	Remboursement APRIL	172,20 €						
	Reste à charge	0 €						

Equipement (hors 100% Santé)

Verres simples et monture	Dépense ⁽³⁾	339 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0,15 €						
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €						
	Remboursement APRIL	0,06 €	55 €	125 €	155 €	200 €	255 €	300 €
	Reste à charge	338,85 €	283,91 €	213,91 €	183,91 €	138,91 €	83,91 €	38,91 €
Verres progressifs et monture	Dépense ⁽³⁾	601 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0,15 €						
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €						
	Remboursement APRIL	0,06 €	200 €	225 €	250 €	275 €	300 €	350 €
	Reste à charge	600,85 €	600,85 €	375,91 €	350,91 €	325,91 €	300,91 €	250,91 €

Lentilles

Forfait annuel	Dépense ⁽³⁾	156,87 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement APRIL	0 €	0 €	35 €	0 €	75 €	0 €	100 €
	Reste à charge	156,87 €	156,87 €	121,87 €	156,87 €	81,87 €	156,87 €	56,87 €

Chirurgie réfractive

Opération correctrice de la myopie	Dépense ⁽³⁾	1 846,60 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement Sécurité sociale	0 €						
	Remboursement APRIL	0 €	100 €	100 €	125 €	150 €	150 €	200 €
	Reste à charge	1 846,60 €	1 746,60 €	1 746,60 €	1 721,60 €	1 696,60 €	1 696,60 €	1 646,60 €

AIDES AUDITIVES

Equipement 100% Santé

Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽³⁾	950 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	400 €						
	Remboursement Sécurité sociale	240 €						
	Remboursement APRIL	710 €						
	Reste à charge	0 €						

Equipement (hors 100% Santé)

Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	Dépense ⁽²⁾	1 534 €						
	Base de remboursement de la Sécurité sociale	400 €						
	Remboursement Sécurité sociale	240 €						
	Remboursement APRIL	160 €	370 €	160 €	410 €	160 €	610 €	160 €
	Reste à charge	1134 €	924 €	1134 €	884 €	1134 €	684 €	1134 €

- (1) Tarif réglementaire
 (2) Prix moyen national de l'acte
 (3) Prix limite de vente
 (4) Tarif conventionnel
 (5) 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 €) et/ou majoration provisoire clinique (2 €) sont prises en charge à 100% par le Régime Obligatoire et le contrat.

Comprendre 1 € de reste à charge

Franchises médicales et participation forfaitaire appliquées au 01/01/20 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.