

Garanties APRIL Moove Santé



PRODUIT
CONFORME

100%
SANTÉ

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 : 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.

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 et Honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'Hospitalisation à la suite d'un 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 renforts ne contiennent ni limitation ni délai d'attente.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels				
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier						
Honoraires médicaux et chirurgicaux**	Médecins DPTAM	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
	Médecins non DPTAM		105 %	130 %	180 %	200 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	50 €	60 €	70 €
		Dans la limite de 45 jours par an				
Frais accompagnant (lit et frais de repas) - (par jour)		-	10 €	20 €	30 €	35 €
		Dans la limite de 15 jours par an				
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier						
Honoraires et frais médicaux		100% BR				
Chambre particulière (par jour et par assuré)		-	40 €	50 €	60 €	70 €
		Dans la limite de 45 jours par an				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)**	Médecins DPTAM	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
	Médecins non DPTAM		105 %	130 %	155 %	180 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Transport		100 %				
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)		100 %	130 %	150 %	175 %	200 %
		-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100 %				
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100 %				

* 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.

** 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.

DENTAIRE

	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Soins, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale	Frais réels				
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale	100 %	125 %	150 %	250 %	300 %
	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
<i>Plafond prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion). Hors soins et prothèses « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale</i>	-	-	1 000 € au-delà : 100%	1 300 € au-delà : 100%	2 000 € au-delà : 100%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %				

OPTIQUE

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. 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 ans à compter de la dernière acquisition 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	Frais réels				
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	100 %	100 €	150 €	200 €	250 €
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 €	275 €	350 €	425 €
<i>Pour les équipements « Offre libre » Classe B</i>	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
<i>Bonus fidélité sur les équipements « Offre libre » Classe B, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €
<i>Bonus fidélité sur les équipements « Offre libre » Classe B, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €
Équipement mixte : combinaison de verres et monture 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.				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 %	50 % des frais réels			
	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100 %	100 % + 20 €	100 % + 40 €	100 % + 80 €	100 % + 120 €
<i>Pour les lentilles acceptées par la Sécurité sociale</i>	-	Limité à 100 % pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
<i>Pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale</i>	-	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire (par œil, par année d'adhésion et par assuré)	-	50 €	100 €	150 €	200 €
	-	Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
<i>Bonus fidélité pour la chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser et implant oculaire, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €
<i>Bonus fidélité pour la chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser et implant oculaire, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 25 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €

AIDES AUDITIVES

Depuis le 1^{er} janvier 2021 : 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 »	Frais réels				
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	100 %				
Accessoires et entretien	100 %				

PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et remboursés par la Sécurité sociale	Inclus				
---	--------	--	--	--	--



RENFORT BIEN-ÊTRE

Cure thermale	100 %				
Forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	60 €	100 €	125 €	150 €	200 €
<i>Bonus fidélité frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 50 €
<i>Bonus fidélité frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	-	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 50 €
Pharmacie prescrite non remboursée (dont Homéopathie) - (par année d'adhésion et par assuré)	50 €	70 €	90 €	120 €	170 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, psychologue (par année d'adhésion et par assuré)	40 €	60 €	70 €	80 €	120 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
Aide au sevrage tabagique (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	40 €	55 €	70 €	90 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (dont vaccins internationaux) - (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	60 €	80 €	100 €	120 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €

RENFORT FAMILLE

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion et par assuré)	200 €	350 €	500 €	690 €	780 €
Renfort orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	+ 20 %	+ 100 %	+ 150 %	+ 200 %	+ 250 %
<i>A partir de la 3^e année d'adhésion votre renfort Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale passe à :</i>	50 %	150 %	200 %	250 %	300 %
<i>A partir de la 5^e année d'adhésion votre renfort Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale passe à :</i>	100 %	200 %	250 %	300 %	350 %
Forfait naissance ou d'adoption	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Pharmacie prescrite non remboursée (dont Homéopathie) - (par année d'adhésion et par assuré)	50 €	70 €	90 €	120 €	170 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, psychologue (par année d'adhésion et par assuré)	40 €	60 €	70 €	80 €	120 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité pour les médecines naturelles après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (dont vaccins internationaux) - (par année d'adhésion et par assuré)	30 €	60 €	80 €	100 €	120 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €
<i>Bonus fidélité vaccins prescrits non remboursés, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €

RENFORT OPTIQUE, DENTAIRE, AUDITIF

Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie (sauf esthétique) - (par année d'adhésion et par assuré)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement - par assuré, valable tous les deux ans 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 mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	2 verres simples (catégorie 1)	-	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 70 €
	1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	-	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €	+ 175 €
	2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	-	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €	+ 175 €
Aides auditives (le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter de la date d'effet des garanties et comprend le remboursement des frais d'accessoires et d'entretien) - (par oreille)	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €	+ 175 €	+ 200 €	
<i>Bonus fidélité aides auditives, après 2 années d'adhésion au contrat</i>	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	
<i>Bonus fidélité aides auditives, après 4 années d'adhésion au contrat</i>	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	



Calculs effectués en fonction de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

PRODUIT CONFORME 100 % SANTÉ

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION						
Forfait Journalier	Dépense ⁽¹⁾	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Remboursement APRIL	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Reste à charge	0,00 €				
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement APRIL	0 €	67,93 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €
	Reste à charge	83,30 €	15,37	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Dépense ⁽²⁾	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	Remboursement Sécurité sociale	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €	271,70 €
	Remboursement APRIL	0 €	13,58 €	81,50 €	159,30 €	159,30 €
	Reste à charge	159,30 €	159,30 €	77,79 €	0 €	0 €
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Dépense ⁽³⁾	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
	Remboursement Sécurité sociale	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €	22,50 €
	Remboursement APRIL	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €
	Reste à charge	0 €				
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Dépense ⁽³⁾	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
	Remboursement Sécurité sociale	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	Remboursement APRIL	0,06 €	100 €	150 €	200 €	250 €
	Reste à charge	344,85 €	244,91 €	194,91 €	144,91 €	94,91 €
DENTAIRE						
Déjartrage	Dépense ⁽⁴⁾	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
	Remboursement Sécurité sociale	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
	Remboursement APRIL	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
	Reste à charge	0 €				
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèses 100% santé)	Dépense ⁽⁵⁾	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	Remboursement Sécurité sociale	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	Remboursement APRIL	416 €	416 €	416 €	416 €	416 €
	Reste à charge	0 €				
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursement Sécurité sociale	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €
	Remboursement APRIL	36 €	66 €	96 €	216 €	276 €
	Reste à charge	418,70 €	388,70 €	358,70 €	238,70 €	178,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	Dépense ⁽²⁾	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
	Remboursement Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
	Remboursement APRIL	32,25 €	59,12 €	86,00 €	193,50 €	247,25 €
	Reste à charge	431,20 €	404,32 €	377,45 €	269,95 €	216,20 €



AIDES AUDITIVES

Aides auditives de classe I par oreille	Dépense ⁽³⁾	950 €	950 €	950 €	950 €	950 €
	Remboursement Sécurité sociale	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement APRIL	710 €	710 €	710 €	710 €	710 €
	Reste à charge	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Aides auditives de classe II par oreille	Dépense ⁽²⁾	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
	Remboursement Sécurité sociale	240 €	240 €	240 €	240 €	240 €
	Remboursement APRIL ⁽⁶⁾	210 €	260 €	310 €	335 €	410 €
	Reste à charge	1 026 €	976 €	926 €	901 €	826 €

SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	Remboursement Sécurité sociale	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	Remboursement APRIL	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	Reste à charge	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Dépense ⁽⁴⁾	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Remboursement Sécurité sociale	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement APRIL	9 €	9 €	9 €	9 €	9 €
	Reste à charge	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Dépense ⁽⁴⁾	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	Remboursement Sécurité sociale	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Remboursement APRIL ⁽⁷⁾	9 €	14,75 €	20,50 €	23 €	23 €
	Reste à charge	15 €	9,25 €	3,50 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAMCO)	Dépense ⁽⁴⁾	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	Remboursement Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	Remboursement APRIL	6,90 €	8,05 €	13,80 €	19,55 €	25,30 €
	Reste à charge	34 €	33 €	27,10 €	21,35 €	15,60 €

(1) Tarif réglementaire

(2) Prix moyen national de l'acte

(3) Prix limite de vente

(4) Tarif conventionnel

(5) Honoraire limite de facturation

(6) Le remboursement APRIL comprend le remboursement du Renfort Optique/Dentaire/Auditif

(7) Le remboursement du dépassement d'honoraires est calculé sur la Base de Remboursement fixé à 23 €. En effet, la majoration de 2 € et 5 € n'incluent pas de dépassement d'honoraires.

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.