

Exclusive Santé +

À PARTIR DE 55 ANS

Le contrat est un contrat responsable au sens de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013. Ce type de contrat définit le contrat d'assurance santé qui respecte le cahier des charges fixé par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Prestations applicables à compter du 1^{er} juillet 2018

Sous réserve d'évolution réglementaire et législative

TOUS RÉGIMES SOCIAUX

TP_EXCLSP_201807_1

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE ⁽¹⁾		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Frais de séjours ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjours ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS		100%	100%	100%	100%
Actes en secteur Hospitalier, honoraires chirurgicaux Chirurgie, Anesthésie, Réanimation	médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO	200%	250%	300%	350%
	médecins non adhérents OPTAM	125%	150%	175%	200%
Chambre particulière (Hors ambulatoire)					
Maladie, Chirurgie, Maternité	<i>durée illimitée</i>	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour	100 €/jour
Réadaptation fonctionnelle, Rééducation, Moyens séjours, Cures, Convalescence	<i>90 jours/an</i>	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport <i>si acceptés par le Régime Obligatoire</i>		100%	125%	150%	175%
Frais d'accompagnement Conjoint, Ascendants, Descendants	<i>30 jours/an</i>	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
Forfait location télévision	<i>hospitalisation > 5 j 20 j/séjour</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
MÉDECINE DE VILLE		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Honoraires médicaux - Consultations	médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO	175%	200%	250%	300%
Visites - Actes de spécialités (ATM)					
Généralistes, Spécialistes, Professeurs	médecins non adhérents OPTAM	125%	150%	175%	200%
<i>Majoration pour frais de déplacement Actes de nuit ou le dimanche - Soins d'urgence</i>					
Radiologie Scanographie, Mammographie, IRM, Échographie, Électrocardiographie, Scintigraphie...	médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO	175%	200%	250%	300%
	médecins non adhérents OPTAM	125%	150%	175%	200%
Frais pharmaceutiques, homéopathie <i>(remboursables par le Régime Obligatoire)</i>	<i>remboursés à 65 %, 30 % et 15 %</i>	100%	100%	100%	100%
Auxiliaires Médicaux Orthophonistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes		150%	175%	200%	200%
Analyses - Actes de Biologie		150%	175%	200%	200%
DENTAIRE		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Soins		100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires et Orthodontie <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i>		250%	300%	350%	400%
Dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire Prothèses dentaires, Orthodontie, Implants, Parodontologie	<i>par an et par bénéficiaire</i>	200€	250€	300€	350€
Plafond dentaire		1 ^{re} année 600 € 2 ^e année 900 € 3 ^e année et suivantes : 1200 €	1 ^{re} année 800 € 2 ^e année 1200 € 3 ^e année et suivantes : 1500 €	1 ^{re} année 1000 € 2 ^e année 1500 € 3 ^e année et suivantes : 2000 €	1 ^{re} année 1000 € 2 ^e année 1500 € 3 ^e année et suivantes : 2000 €

Tableau de prestations relevant de la convention - Exclusive Santé Plus à partir de 55 ans - conclue auprès d'Apivia Mutuelle.

OPTIQUE		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Forfait optique (Monture/verre) <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i>		300 €	350 €	400 €	450 €
Lentilles <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i>	<i>Les forfaits lentilles remboursées et non remboursées ne sont pas cumulables</i>	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Lentilles <i>non remboursables par le Régime Obligatoire</i>		200 €	200 €	200 €	200 €
Chirurgie corrective ou réfractive non remboursable par le Régime Obligatoire (Myopie, Presbytie, Hypermétropie)		200 €	200 €	200 €	200 €
APPAREILLAGE		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Prothèses et Appareillages Petit appareillage et accessoires		100%	100%	100%	100%
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage		150%	175%	200%	225%
MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Cures thermales Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement	<i>par an et par bénéficiaire</i>	100% + forfait 150 €	100% + forfait 200 €	100% + forfait 250 €	100% + forfait 300 €
Ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, pédicure, diététicien <i>(consultations non remboursées par le Régime Obligatoire)</i> <i>(prise en charge 30€ par consultation et par bénéficiaire)</i>	<i>par an et par bénéficiaire</i>	120 €	150 €	180 €	210 €
Actes de Prévention <i>(remboursés par le Régime Obligatoire)</i>		100%	100%	100%	100%
Dépistage et Prévention <i>(actes non remboursés par le régime obligatoire limités à 50% des dépenses réalisées)</i> > Vaccin anti-grippe > Vaccins recommandés aux voyageurs > Traitement antipaludéen pour les voyages > Substituts nicotiniques pour arrêter de fumer <i>(en complément de la Sécurité sociale)</i> > Médicaments de l'ostéoporose > Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS	<i>par an et par bénéficiaire</i>	100 €	100 €	100 €	100 €
SOUTIEN «COUP DUR» *					
Assistance Plus		En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation suite à maladie soudaine ou à accident corporel et hospitalisation programmée .			
Protection juridique médicale		Maximum 20 000 € TTC par litige en France/DROM/dans l'UE/Monaco/Suisse/Andorre en cas de litige présumé avec un professionnel de santé ou un établissement de soins.			
Service de téléconsultation		Conseils médicaux et consultation à distance.			
OPTIONS **					
Individuelle accident (capital décès par accident)		> Adhérent principal > Conjoint (inscrit au contrat) > Enfant (désigné au contrat)		4 000 € 2 000 € 1 500 €	
Individuelle enfants (scolaire - extra-scolaire)		> Décès par accident : > Invalidité permanente par accident (franchise 10%) : > Frais de rattrapage scolaire :		4 000 € 50 000 € 500 €	
Individuelle seniors (Invalidité permanente par accident) À partir de 55 ans - Montants maxima par assuré et par événement		Dans le cas d'une Invalidité Permanente par accident supérieure à 50% > Capital forfaitaire > Aide à la vie quotidienne		 3 000 € 500 €	
Garantie Avantages Soutien Financier en cas de : > licenciement économique > cessation d'activité suite à dépôt de bilan > affections de longue durée (ALD-30) et polyopathologies (ALD-32)		> Exonération des cotisations santé jusqu'à 1 500 € > Prise en charge des abonnements sportifs jusqu'à 500 € (par sinistre et par année)			
Rapatriement de corps en terre d'origine <i>(Pour les adhérents de moins de 65 ans à la date de souscription)</i> Ouvert à toute personne physique domiciliée en France, Guadeloupe, Martinique, Guyane Française ou sur l'île de La Réunion et qui souhaite être inhumée dans son pays d'origine.		> Rapatriement de corps dans le pays d'origine du lieu du décès jusqu'à la commune du lieu d'inhumation ou d'incinération ou de veillée (sont inclus les frais de transport / de cercueil ou de linceul / les frais annexes au transport). > Mise à disposition d'un titre de transport pour un membre de la famille en accompagnement du corps. > Prise en charge, à la demande de la famille des frais funéraires dans la limite de 1200 € TTC et des frais de transport, si les obsèques du bénéficiaire ont lieu dans le pays de survenance du décès (non cumulable avec le rapatriement de corps).			

L'option Pratique Tarifaire Médecine (OPTAM) pour les médecins de secteur 2 et l'option Pratique Tarifaire Médecine Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). / Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le nombre d'équipements Optique (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement. TOUTS LES 2 ANS par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue ou les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an (se reporter aux conditions générales du contrat). / Les remboursements sont toujours effectués déduction faite de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie.

* Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payée en euro.
 ** Se reporter à la convention Garantie Assistance, Protection Juridique Médicale inscrites aux conditions générales du contrat santé.
 *** Extraits des notes d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion.
 (1) Si l'hospitalisation supérieure à 5 jours, prise en charge des frais de TV dans la limite de 20 jours par séjour, sur présentation de la facture acquittée et du bulletin d'hospitalisation à adresser à Apivia Mutuelle.