

Équilibre Santé +

JUSQU'À 54 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 au 01/01/2018

Sous réserve d'évolution réglementaire et législative

TOUS RÉGIMES SOCIAUX

TP2018_EQUIAP_20170404_1

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE ⁽¹⁾		100	125	150	200	
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	praticiens signataires du CAS	100%	125%	150%	175%	
	praticiens non signataires du CAS	100%	100%	125%	150%	
Chambre particulière (Hors ambulatoire) Maladie, Chirurgie	<i>immédiat (30 jours maxi)</i>	-	25 €/jour	45 €/jour	55 €/jour	
	Maladie, Chirurgie, Maternité	<i>après 6 mois (durée illimitée)</i>	-	35 €/jour	55 €/jour	65 €/jour
	Réadaptation fonctionnelle, Rééducation, Moyens séjours, Cures, Convalescence	<i>après 6 mois (30 jours/an)</i>	-	35 €/jour	45 €/jour	55 €/jour
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de transport <i>si acceptés par le Régime Obligatoire</i>		100%	100%	100%	125%	
Frais d'accompagnement Conjoint, Ascendants, Descendants	<i>après 6 mois (30 jours/an)</i>	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	
Forfait naissance ou adoption	<i>après 9 mois</i>	50 €	50 €	100 €	150 €	

MÉDECINE DE VILLE		100	125	150	200
Honoraires médicaux - Consultations Visites - Actes de spécialités (ATM) Généralistes, Spécialistes, Professeurs <i>Majoration pour frais de déplacement</i> <i>Actes de nuit ou le dimanche - Soins d'urgence</i>	praticiens signataires du CAS	100%	125%	150%	175%
	praticiens non signataires du CAS	100%	100%	125%	150%
Radiologie Scanographie, Mammographie, IRM, Échographie, Électrocardiographie, Scintigraphie...	praticiens signataires du CAS	100%	125%	150%	175%
	praticiens non signataires du CAS	100%	100%	125%	150%
	<i>remboursés à 65 %</i>	100%	100%	100%	100%
Frais pharmaceutiques, homéopathie <i>(remboursables par le Régime Obligatoire)</i>	<i>remboursés à 30 %</i>	100%	100%	100%	100%
	<i>remboursés à 15 %</i>	-	100%	100%	100%
		100%	100%	125%	150%
Auxiliaires Médicaux Orthophonistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes		100%	100%	125%	150%
Analyses - Actes de Biologie		100%	100%	125%	150%

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION		100	125	150	200
Cures thermales Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement	<i>après 6 mois par an et par bénéficiaire</i>	100%	100%	100% + forfait 50 €	100% + forfait 100 €
Ostéopathe, étiope, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, pédicure, diététicien <i>(consultations non remboursées par le Régime Obligatoire)</i> <i>(prise en charge 25€ / consultation / bénéficiaire)</i>		-	25 € /an/bénéficiaire	75 € /an/bénéficiaire	100 € /an/bénéficiaire
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)</i> Forfait par an et par bénéficiaire limité à 50% des dépenses réalisées <i>(se reporter aux conditions générales)</i>		100 €	100 €	100 €	100 €

DENTAIRE			100	125	150	200	
Prothèses dentaires et Orthodontie remboursables par le Régime Obligatoire			100%	125%	150%	200%	
AVANTAGE FIDÉLITÉ	à partir de la 2 ^e année	Garantie portée à	125%	150%	175%	225%	
	à partir de la 3 ^e année		150%	175%	200%	250%	
	4 ^e année et suivantes		175%	200%	225%	275%	
Plafond dentaire			Aucun	Aucun	Aucun	1 ^{re} année 600 € 2 ^e et suivantes 900 €	
Soins			100%	100%	100%	100%	
Dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire Prothèses dentaires, Orthodontie, Implants, Parodontologie			Après 1 an par an et par bénéficiaire	50 €	50 €	100 €	150 €

OPTIQUE			100	125	150	200	
Montures			100% + 50 €	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 100 €	
Verres	simples (par verre)		100% + 25 €	100% + 25 €	100% + 50 €	100% + 75 €	
	complexes (par verre)		100% + 75 €	100% + 87,50 €	100% + 100 €	100% + 112,50 €	
	AVANTAGE FIDÉLITÉ applicable sur les verres	à partir de la 2 ^e année		+ 25 €	+ 25 €	+ 25 €	+ 25 €
à partir de la 3 ^e année			+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	
4 ^e année et suivantes			+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €	
Lentilles remboursables par le Régime Obligatoire			Les forfaits lentilles remboursées et non remboursées ne sont pas cumulables	100% + 25 €	100% + 50 €	100% + 100 €	100% + 150 €
Lentilles non remboursables par le Régime Obligatoire				25 €	50 €	100 €	150 €
Chirurgie corrective ou réfractive non remboursable par le Régime Obligatoire (Myopie, Presbytie, Hypermétropie)			après 6 mois (par oeil)	-	50 €	100 €	150 €

APPAREILLAGE			100	125	150	200
Prothèses et Appareillages Petit appareillage et accessoires			100%	100%	100%	100%
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage			100%	100%	125%	150%

SOUTIEN «COUP DUR» *	
Exonération des cotisations santé jusqu'à 1 500 €	En cas de : > Maladies redoutées : affections de longue durée (ALD-30) et polyopathologies (ALD-32) > Licenciement économique > Cessation d'activité suite à dépôt de bilan
Prise en charge des abonnements sportifs jusqu'à 500 € (par sinistre et par année) <i>Dans le cadre de la garantie Avantages Soutien Financier</i>	
Frais d'obsèques ou exonération des cotisations santé jusqu'à 1 000 €	> Décès toutes causes avant 65 ans (<i>dans le cadre de la garantie Décès</i>)
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 « MédecinDirect »	Accompagnement et information personnalisée par entretien direct avec un médecin, par téléphone ou via plateforme sécurisée Internet.

OPTIONS **	
Individuelle accident (capital décès par accident)	> Adhérent principal : 4 000 € > Conjoint (inscrit au contrat) : 2 000 € > Enfant (désigné au contrat) : 1 500 €
Individuelle enfants (scolaire - extra-scolaire)	> Décès par accident : 4 000 € > Invalidité permanente par accident (franchise 10%) : 50 000 € > Frais de rattrapage scolaire : 500 €
Allocation obsèques <i>(Adhérents de moins de 65 ans. En complément de la garantie Frais d'obsèques en inclusion. Possibilité de demander l'extension de la garantie après 65 ans et sans limite d'âge)</i>	Forfait versé au titre des frais obsèques : 1 000 €
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).

CAS : Contrat d'accès aux soins / 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 TOUS LES 2 ANS par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 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 du remboursement 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 payés en euro. (1) Si 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.

* Se reporter à la convention Garantie Assistance, Protection Juridique Médicale et garantie Avantages soutien financier incluses aux conditions générales du contrat santé.
** Extraits des notices d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion.