



## ASSURANCE DE PERSONNES - SANTÉ

# APOGIA - CONTRAT RESPONSABLE



“ **UNE SOLUTION DÉDIÉE AUX FAMILLES QUI RÉCOMPENSE LA FIDÉLITÉ**

Idéale pour les besoins de toutes la famille,  
la garantie Apogia renforce les garanties indispensables aux familles.



### POINTS FORTS APOGIA

- Aucune formalité médicale
- Gratuité pour le 3ème enfant et suivants
- Pas d'avance de frais avec le Tiers payant
- Protection juridique
- Soutien financier
- Assistance

### AVANTAGES APOGIA

- Une politique tarifaire familiale très avantageuse
- Hospitalisation en secteur non conventionné
- Les remises sont cumulables (TNS 10% - 2 pers. 5% - 3 pers. 10%)
- Aucune distinction de rémunération
- Champs ANI : Hors ANI
- Prise en charge de 50% des dépenses de prévention santé
- Prise en charge des médecines douces

### POUR QUI ?

- Pour tous, célibataire, en couple ou en famille : Possibilité de souscription jusqu'à 90 ans.

### LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

- L'adhérent et ses ayants droits désignés au bulletin d'adhésion
- Son conjoint(e)/concubin(e)/Pacs
- Ses enfants : de moins de 18 à charge ou de 18 à 26 ans inclus encore scolarisé / en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage / inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi
- Ses ascendants reconnus à la charge de l'adhérent par le régime obligatoire



Age limite d'adhésion	NIVEAU 1 80 ans	NIVEAU 2 80 ans	NIVEAU 3 80 ans	NIVEAU 4 80 ans
<b>HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ (*) Y COMPRIS MATERNITÉ</b>				
<b>Frais de séjour</b> <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Honoraires médicaux</b> , honoraires chirurgicaux, actes techniques, radiologie, pharmacie, analyses, auxiliaires médicaux, appareillage				
Praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>(****)</sup>	100%	145%	145%	170%
Praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>(****)</sup>	100%	125%	125%	150%
<b>Forfait journalier Hospitalier</b> <sup>(2)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Chambre particulière</b> <sup>(3)</sup>	-	35€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
<b>Frais d'accompagnement</b> pour enfant de moins de 14 ans	-	16€ / jour	16€ / jour	16€ / jour
<b>Transport</b>	100%	100%	100%	100%
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Frais de séjour</b> <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%
<b>Honoraires chirurgicaux</b>	100%	100%	100%	100%
<b>Forfait journalier Hospitalier</b> <sup>(2)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Transport</b>	100%	100%	100%	100%
<b>MATERNITÉ</b>				
<b>Forfait maternité</b> (si la mère est bénéficiaire)	-	100€	140€	160€
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Equipement</b> (1 monture et 2 verres) <sup>(4)</sup>				
Equipement à verres simples	100%	100€	120€	150€
Equipement à verres complexes ou très complexes	100%	200€	200€	200€
Equipement avec un verre simple et un verre complexe	100%	150€	160€	175€
<b>Lentilles</b> acceptées par le RO <sup>(5)</sup>	100%	100€	120€	150€
<b>Lentilles</b> refusées par le RO <sup>(6)</sup>	-	100€	120€	150€
<b>Chirurgie laser myopie</b> (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	100€	120€	150€
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Soins dentaires</b> (y compris chirurgie dentaire)	100%	125%	150%	200%
<b>Prothèses dentaires</b> remboursées par le RO (y compris Inlays-onlays, parodontologie, inlays-core et implantologie)	100%	125%	150%	200%
<b>Orthodontie</b> remboursée par le RO	100%	125%	150%	200%
<b>Forfait prothèses dentaires et orthodontie</b> non remboursées (avec cotations) par le RO et actes hors nomenclature <sup>(5)</sup>	-	100€	100€	125€
<b>Plafond annuel dentaire</b> (hors soins - si ce plafond est atteint, les postes de garanties seront limités à 100% du tarif de responsabilité) <sup>(5)</sup>	Illimité	Illimité	Illimité	800€
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>				
<b>Consultations, visites, actes techniques généraliste</b> <sup>(a) (b)</sup>				
Praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>(****)</sup>	100%	100%	145%	170%
Praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>(****)</sup>	100%	100%	125%	150%
<b>Consultations, visites, actes techniques spécialistes</b> <sup>(a) (b)</sup>				
Praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>(****)</sup>	100%	100%	125%	150%
Praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>(****)</sup>	100%	100%	105%	130%

## CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Les frais de gestion et la cotisation RMP de 4,40 € / mois sont incompressibles.
- Une grande souplesse tarifaire avec la possibilité de rattacher sur un seul bulletin d'adhésion, une même famille quels que soient les régimes sociaux des ayants droit (TNS - Salariés - MSA).
- Pour les TNS et MSA, joindre obligatoirement au moins un des justificatifs suivants : Affiliation au régime RSI Agricole / Caisse de retraite RSI ou agricole / Photocopie de l'avis d'imposition.
- Pour les régimes Alsace-Moselle : joindre obligatoirement une attestation émanant de la caisse de Régime Obligatoire.
- Le produit est disponible au tarif défense de portefeuille. Pour plus d'informations, prendre contact avec le service partenariat.

Age limite d'adhésion	NIVEAU 1 80 ans	NIVEAU 2 80 ans	NIVEAU 3 80 ans	NIVEAU 4 80 ans
<b>PHARMACIE (AVEC TIERS PAYANT)</b>				
Médicaments pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%
Autres produits, fournitures, accessoires	100%	100%	100%	100%
Homéopathie remboursée par le RO	100%	100%	100%	100%
<b>LABORATOIRE (**) (AVEC TIERS PAYANT)</b>				
Analyses en laboratoire	100%	100%	125%	150%
<b>RADIOLOGIE (**) (AVEC TIERS PAYANT)</b>				
<b>Actes d'imagerie et d'échographie</b>				
Praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (****)	100%	100%	145%	170%
Praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (****)	100%	100%	125%	150%
<b>AUXILIAIRES MÉDICAUX</b>				
Kiné, infirmière, orthoptiste, orthophoniste, sage-femme, ...	100%	100%	125%	150%
<b>CURE THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO (5)</b>				
Cures thermales acceptées par le RO	100%	150%	200% + 110€	250% + 160€
<b>MÉDECINES DOUCES ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES (5)</b>				
Praticien de santé (7) Maxi 3 actes	15€ / acte	15€ / acte	15€ / acte	20€ / acte
Forfait bien être (complément alimentaires bio et phytothérapie) (8)(9)(5)	25€	75€	75€	90€
<b>PROTHÈSES MÉDICALES</b>				
Prothèses orthopédiques et auditives	100%	100%	125%	150%
<b>FORFAIT PRÉVENTION SANTÉ</b>				
Prise en charge de 50% des dépenses de prévention prescrites et achetées en pharmacie mais non remboursées par le RO. Maxi/an/bénéficiaire	55€	80€	110€	135€
<b>SERVICES</b>				
<b>Protection juridique médicale</b> (selon Notice d'information séparée)	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Assistance</b> (selon Convention séparée)				
<b>Soutien financier</b> (selon Notice d'information séparée)				



# TABLEAU DES GARANTIES APOGIA / CONTRAT RESPONSABLE

## Les remboursements sont exprimés :

- En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et incluent la prise en charge du régime de base
- En euros en complément de l'éventuelle part de la Sécurité Sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille.

(1) **Limité à 30 jours par bénéficiaire** et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur. Les séjours en maisons de repos et de convalescence suite à une hospitalisation sont limités à 30 jours par an par bénéficiaire, au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(2) **Illimité**, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR), limité à 30 jours.

(3) **Chambre particulière** limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge de la chambre particulière en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) est exclue.

(4) **Équipement** : 1 monture + 2 verres dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans en cas d'évolution de la vue. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement sera au maximum de 150€

- **Verres simples** : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- **Verres complexes** : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- **Verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

(5) **Montant maximal par année civile et par bénéficiaire.**

(6) **Montant maximal par année civile et par bénéficiaire**, non cumulable avec le forfait lentilles acceptées.

(7) **Médecine alternative** (Praticiens diplômés), Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Homéopathe, Ostéopathe, Podologue, Phytothérapeute.

(8) **Le complément alimentaire Bio** est une denrée dont le but est de fournir un complément de nutriments ou de substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique (vitamines, sels minéraux, acides gras et acides aminés) manquants ou en quantité insuffisante dans le régime alimentaire normal d'un individu

(9) **Phytothérapie** : produits naturels sous forme de gélules à base de plantes cryobroyées, d'oligoéléments ou minéraux, vitamines orthomoléculaires. Mode d'administration : voie orale.

Les factures originales devront comporter le nom complet du produit.

(\*) Sous condition de prise en charge de la Sécurité Sociale.

(\*\*) Contribution forfaitaire de 1 € à la charge de l'assuré.

(\*\*\*) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO).

(a) Conformément au décret n°2005-1226 du 29/09/05 sur les contrats responsables : en cas de hors parcours de soins coordonnés, la Sécurité Sociale réduit son taux de remboursement.

(b) En cas de hors parcours de soins coordonnés l'Assureur ne prend pas en charge la majoration de la participation de l'Assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (cf ArtL162-5-3 / L162-518 et L161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale)

## GLOSSAIRE

ADC : Actes de chirurgie - ADA : Actes d'anesthésie - ADI : Actes d'imagerie - ADE : Actes d'échographie - ATM : Actes Techniques médicaux - AXI : Prophylaxie bucco-dentaire - END : Actes d'endodontie - ICO : Inlay-Core - INO : Actes inlay-onlay - IMP : Implantologie - ORT : Orthodontie médecin - PAR : Prothèses amovibles définitives résine - PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques - PDT : Prothèses dentaires provisoires - PFC : Prothèses fixes céramiques - PFM : Prothèses fixes métalliques - SDE : Soins dentaires TDS : Parodontologie - TO : Orthodontie - RPN : Réparation sur prothèses.