

	UNO	PRIMO	ECO	OPTI	SUPRA
--	-----	-------	-----	------	-------

**L'HOSPITALISATION**

Cotisations mensuelles	UNO	PRIMO	ECO	OPTI	SUPRA
Frais de séjour conventionnés	100 % FR*				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR				
Honoraires chirurgicaux	100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	400 % BR*	500 % BR*
Chambre particulière (y compris maternité) / jour		15 €	30 €	45 €	75 €
Lit d'accompagnant/jours - maxi 15 jours/an		8 €	16 €	24 €	40 €
Frais de transport	100 % BR*				

**LES FRAIS MEDICAUX COURANTS\*\***

Auxiliaires médicaux			125 % BR*	150 % BR*	185 % BR*
Infirmières					
kinésithérapeutes					
pédicure-podologue, orthophonistes, orthoptistes					
Analyses médicales			100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*
Pharmacie Remboursable par la SS (sauf taux à 15 %).	100 % BR*	100 % BR*			
Consultations - Visites Généralistes			150 % BR*	200 % BR*	205 % BR*
Consultations - Visites Spécialistes					
Consultations - Visites Professeurs					
Actes techniques médicaux					
Actes d'imagerie et d'échographie					
Radiographies, scanner, IRM					
Appareillages et appareils auditifs					

Avant d'engager vos frais d'optique ou dentaire, vous devez faire évaluer vos devis afin de réduire votre reste à charge : contactez systématiquement APICIL Santé Conseil.

**L'OPTIQUE ET LE DENTAIRE**

Monture (/an /bénéficiaire)	30 €	30 €	75 €	100 €	150 €
<b>Bonus fidélité dès la 3ème année***</b>	20%	20%	20%	20%	20%
<b>Verres adultes / paires (/an /bénéficiaire)</b>					
Unifocaux - simples	30 €	50 €	95 €	120 €	170 €
Progressifs - complexes	35 €	55 €	125 €	160 €	230 €
Verres enfants / paire (/an /bénéficiaire)	30 €	40 €	65 €	80 €	100 €
Lentilles (/an /bénéficiaire)	30 €	30 €	95 €	130 €	190 €
Soins Dentaires	100 % BR*				
Inlays onlays (/an /bénéficiaire)				25 €	50 €

Prothèses dentaires : Étude préalable sur devis obligatoire au-delà de 2 000 € de remboursement par an.

Prothèses dentaires prises en charge par la SS (3)	100 BR*	115 % BR*	255 % BR*	325 % BR*	460 % BR
Prothèse dentaires non prises en charge par la SS (3)		120 €	400 €	550 €	850 €
Plafond prothèses prises en charge ou non		200 €	800 €	1 100 €	1 700 €
1ère et 2ème année - (/an /bénéficiaire)				40 €	120 €
Plafond prothèse prise en charge ou non					
année suivantes - (/an /bénéficiaire)					

**LES PRESTATIONS ELARGIES**

Implantologie (2)				50 €	100 €
Parodontologie (2)				40 €	80 €
Scellement des sillons non remboursé par la SS				10 €	20 €
Séances (2) d'un ostéopathe, chiroprate, étiope, diététicien, podologue, pédicure, psychologue	10 € / séance maxi 4	10 € / séance maxi 4	15 € / séance maxi 4	20 € / séance maxi 4	30 € / séance maxi 4
Vaccins prescrits non remboursée par la SS (maxi/an)		10 €	20 €	30 €	50 €
Chirurgie réfractive de l'œil				50 € / œil	100 € / œil
Cure thermales remboursées par la SS		50 €	100 €	150 €	250 €
Pharmacie prescrite non remboursés par la SS - PAR AN		15 €	30 €	45 €	75 €
Tiers payant, Assistance	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Aide à domicile, APICIL Obiz Pass, Easy Verres					

Alto Evolution prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention : le détartrage annuel, le dépistage de l'hépatite B, certains vaccins, sous réserve du respect du parcours de soins.

ALTO prend en charge les bilans de santé (sous conditions d'âge et de zone géographique) et certains actes de dépistage tels que : cancer de la prostate, glaucome, maladie cardio vasculaire, maladie d'Alzheimer...

\* Sous déduction des prestations du régime de base obligatoire dont dépend l'assuré, le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. \*\* Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins. \*\*\* En cas de non-consommation pendant les 2 années précédentes.