

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



Garanties en vigueur au 01/01/2026

PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
SOINS COURANTS					
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires médicaux					
Consultations, visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie					
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux					
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmier, orthophoniste, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Psychologues pris en charge par la SS ⁽³⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Autre soin courant					
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments					
Pharmacie à Service Médical Rendu majeur ou important	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie à Service Médical Rendu modéré	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie à Service Médical Rendu faible	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).
(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
(3) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement (informations sur le site ameli.fr)

Lexique :
BR : Base de Remboursement | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros

Vos garanties
Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES		Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
MATÉRIEL MÉDICAL						
Fauteuil roulant/VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)						
Fauteuil roulant/VPH : un panier de soins ⁽⁴⁾						
Fauteuil roulant/VPH 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Fauteuil roulant/VPH en forfait de location courte dans la limite des forfaits tels que définis réglementairement ⁽⁴⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ				
Prothèse capillaire et accessoires						
Prothèse capillaire : quatre classes d'équipement						
Matériel médical 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Prothèse capillaire Classe II et un accessoire textile ⁽⁵⁾		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ				
Autre matériel médical						
Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	
Prothèse capillaire Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV) - (exemples : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) ⁽⁶⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	
Matériel médical						
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) - exemples : lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽⁷⁾	100 % BR - SS 100 €	100 % BR - SS 300 €	100 % BR - SS 500 €	100 % BR - SS 1 000 €	100 % BR - SS 2 000 €	
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	

(4) Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis réglementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % SANTE. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la SS, il n'y a donc pas de prise charge complémentaire (informations sur le site ameli.fr).

(5) Limité à 1 prise en charge par an et par bénéficiaire. La prescription est renouvelable tous les 12 mois. Chaque prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne automatiquement de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue. Concerne les prothèses délivrées par un distributeur agréé spécialisé dont la liste est disponible sur le site e-cancer.com

(6) Cette garantie s'applique uniquement si vous ne souhaitez pas de prothèse capillaire, dans la limite de 3 accessoires par an et par bénéficiaire. Sont applicables la base de remboursement de la SS et la PLV en vigueur à la date de délivrance des accessoires.

(7) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :
BR : Base de Remboursement | SS : Sécurité Sociale | BR-SS : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | € : euros | PLV : Prix Limite de Vente

Vos garanties
Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
HOSPITALISATION					
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité					
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie					
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés(2)	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier					
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation					
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - hors hospitalisation ambulatoire - y compris maternité(3)	30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire(4)	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières(5)	20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans)(6)		20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).
(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
(3) Limite par an et par bénéficiaire : à 30 jours pour les séjours en psychiatrie, à 180 jours pour les autres séjours. S'entend par année civile.
(4) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile.
(5) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.
(6) Limité à 30 jours par hospitalisation.

Lexique :
BR : Base de Remboursement | FR : Frais Réels | SS : Sécurité Sociale | BR-SS : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | FR-SS : S'entend à hauteur des Frais Réels moins le remboursement de la Sécurité Sociale | € : euros



PRESTATIONS GARANTIES		Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
OPTIQUE ⁽¹⁾						
Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement						
Équipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Verres et monture de CLASSE A		 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ				
Autres équipements - Forfait pour deux verres et une monture						
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.						
Verres et monture de CLASSE B						
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾		100 € dont 30 € maxi monture	200 € dont 80 € maxi monture	250 € dont 100 € maxi monture	300 € dont 100 € maxi monture	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾		200 € dont 30 € maxi monture	300 € dont 80 € maxi monture	400 € dont 100 € maxi monture	500 € dont 100 € maxi monture	650 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾		250 € dont 30 € maxi monture	350 € dont 80 € maxi monture	450 € dont 100 € maxi monture	550 € dont 100 € maxi monture	700 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique						
Lentilles prises en charge par la SS		100 % BR - SS				
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽³⁾			125 €	175 €	185 €	300 €
Chirurgie réfractive ⁽⁴⁾				300 €/œil	400 €/œil	500 €/œil

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

(2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verres (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :
BR : Base de Remboursement | SS : Sécurité Sociale | BR-SS : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | € : euros

PRESTATIONS GARANTIES		Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
DENTAIRE ⁽¹⁾						
Soins et prothèses : trois paniers de soins						
Soins et prothèses 100% SANTÉ						
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement			Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ			
Soins						
Soins des paniers modéré et libre		120 % BR - SS	150 % BR - SS	180 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre		150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Prothèses						
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.						
Prothèses fixes,inlays-cores sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS		200 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS	350 % BR - SS	500 % BR - SS
Prothèses fixes,inlay-core sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS		150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	300 % BR - SS	450 % BR - SS
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.						
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽³⁾		100 €	200 €	300 €	300 €	300 €
Plafond de remboursement dentaire 1 ^{re} année ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS		500 €	700 €	800 €	800 €	1 000 €
Plafond de remboursement dentaire 2 ^e année et suivantes ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS		800 €	1 000 €	1 200 €	1 200 €	1 500 €
Autres dispositifs dentaires						
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.						
Orthodontie prise en charge par la SS		200 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	400 % BR - SS	500 % BR - SS
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽³⁾		100 €	150 €	200 €	200 €	350 €
Forfait Implantologie (prise en charge exclusive de l’implant) limité à 2 implants ⁽³⁾			250 €/implant	500 €/implant	500 €/implant	700 €/implant

(1) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.
(2) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.
(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
(4) Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.

Lexique :
BR : Base de Remboursement | SS : Sécurité Sociale | BR-SS : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | € : euros

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES		Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁾						
Aides auditives : deux classes d'équipement						
Équipement 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ				
Autres équipements						
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable						
Équipement de CLASSE II ⁽²⁾						
Appareil auditif		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en €/oreille		100 €/oreille	300 €/oreille	500 €/oreille	700 €/oreille	800 €/oreille
Autres dispositifs auditifs						
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

(1) Le renouvellement de la prise en charge d’une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s’entend pour chaque oreille indépendamment.

(2) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise).

Lexique :
BR : Base de Remboursement | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement **moins** le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PACK CONFORT SENIORS - en option			
3 FORMULES AU CHOIX			
PRESTATIONS GARANTIES	PC1	PC2	PC3
Professionnels de santé non pris en charge par la SS ⁽¹⁾⁽²⁾ : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, psychomotricien, psychologue, naturopathe, hypnothérapeute, homéopathe et sophrologue	30 € / séance 5 séances max	40 € / séance 5 séances max	50 € / séance 5 séances max
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾	40 € / an	60 € / an	80 € / an
Cure thermale Honoraires et frais pris en charge par la SS ⁽³⁾	100 % BR-SS	125 % BR-SS	150 % BR-SS
Complément équipements post cancer Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ^{(1) (4)}	250 € / an	500 € / an	1000 € / an

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Pack Confort.
(3) Ne concerne que les honoraires et frais pris en charge par la Sécurité sociale.
(4) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :
BR : Base de Remboursement | **SS :** Sécurité Sociale | **BR-SS :** S'entend à hauteur de la Base de Remboursement **moins** le remboursement de la Sécurité Sociale | **€ :** euros

A noter : Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l’objet d’un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre notice d’information. Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d’information.