

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux




CCN ESTHETIQUE - COSMETIQUE

IDCC 3032

Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2021


GARANTIE FACULTATIVE
Souscrite uniquement
par vos salariés



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT TOTAL dans la limite des frais réels y compris remboursement de la Sécurité sociale			
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 RESPONSABLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 RESPONSABLE	BASE + SURCOMPLEMENTAIRE  NON RESPONSABLE
SOINS COURANTS				
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux				
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	145 % BR	220 % BR	100 % FR limité à 50 €
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	200 % BR	100 % FR limité à 50 €
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	145 % BR	220 % BR	100 % FR limité à 100 €
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	200 % BR	100 % FR limité à 100 €
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	145 % BR	220 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	120 % BR	220 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux				
Soins infirmiers Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Médicaments				
Pharmacie (toutes vignettes)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants				
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds * limité au forfait règlementaire en vigueur	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*

APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale. Enregistrée au répertoire SIRENE N° 321 862 500

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Matériel médical				
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
HOSPITALISATION				
Honoraires y compris maternité				
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	145 % BR	220 % BR	100 % FR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	200 % BR	100 % FR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier				
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation				
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % BR	125 % BR	400 % BR	400 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds * limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière en secteur conventionné, y compris maternité	25 €/J	30 €/J	50 €/J	50 €/J
Lit d'accompagnant en secteur conventionné (enfant de moins de 18 ans)	25 €/J	30 €/J	50 €/J	50 €/J
OPTIQUE ⁽⁴⁾				
<i>Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins</i>				
Équipements composés de deux verres et une monture : deux classes d'équipement				
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement				
Verres et monture de CLASSE A et prestations supplémentaires		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres Equipements ⁽⁵⁾				
Verres et monture de CLASSE B				
Monture ⁽⁵⁾	100 €	100 €	100 €	200 €
Forfait Verres simples : verres unifocaux (- 6,00 ≤ sphère ≤ + 6,00 et cylindre ≤ + 4,00 dioptries), pour 2 verres	275 €	350 €	350 €	350 €
Forfait Verres simples ou complexes : verres unifocaux (sphère < + 6,00 ou cylindre > + 4,00 dioptries), pour 2 verres	275 €	350 €	350 €	350 €
Forfait Verres complexes ou très complexes : verres multifocaux, pour 2 verres	500 €	600 €	600 €	600 €
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique				
Lentilles prises en charge par la SS ^{(3) (6)}	150 €/A/B	150 €/A/B	150 €/A/B	150 €/A/B
Lentilles non prises en charge par la SS ⁽³⁾	100 €/A/B	150 €/A/B	200 €/A/B	300 €/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽³⁾	175 € par œil /A/B	300 € par œil /A/B	500 € par œil /A/B	500 € par œil /A/B

DENTAIRE				
Soins et prothèses : trois paniers de soins : panier 100 % Santé – panier maîtrisé – panier libre, tels que définis réglementairement				
Soins et prothèses 100 % SANTÉ , tels que définis réglementairement				
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Soins				
Soins dentaires	165 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Inlays-onlays du panier modéré dans la limite des HLF ⁽⁷⁾ et du panier libre	165 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses				
Prothèses fixes, Inlays core ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite des HLF ⁽⁷⁾ et du panier libre	165 % BR	350 % BR	400 % BR	500 % BR
Autres dispositifs dentaires				
Orthodontie prise en charge par la SS	165 % BR	350 % BR	400 % BR	400 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	165 % BR	350 % BR	400 % BR	400 % BR
Forfait Implantologie ⁽³⁾	400 €/A/B	800 €/A/B	1 000 €/A/B	1 000 €/A/B
AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾				
Aides auditives : deux classes d'équipements				
Equipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres équipements				
Equipement de CLASSE II ⁽⁹⁾				
Appareil auditif/oreille	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Autres dispositifs auditifs				
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PREVENTION				
Kit confort ^{(3) (10)}				
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : chiropractie, ostéopathie, psychologue, diététicien, podologue et psychomotricien	120 €/A/B	120 €/A/B	160 €/A/B	160 €/A/B
Actes de prévention				
Remboursés par la SS et définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance API Services				
	Oui	Oui	Oui	Oui



La surcomplémentaire est non responsable.

Elle peut être souscrite uniquement par le salarié en facultatif à titre individuel.

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour
HLF : Honoraire Limite de Facturation | **PLV** : Prix Limite de Vente | **LPP** : Liste des Produits et Prestations

(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 de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale :

Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement 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 enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas le délai d'un an s'applique.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations suivantes, limitativement prévues par la LPP :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue, dans les limites ci-dessus, doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique, lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératoplasties évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive) ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV). La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A (hors remboursement SS), pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A (hors remboursement SS), pour les verres de classe B.

Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres Equipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(6) 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.

(7) Equipement panier modéré : les remboursements sont limités aux HLF (Honoraires Limite de Facturation) tels que définis réglementairement. Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

(8) 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.

(9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) conformément à la réglementation en vigueur du « contrat responsable ».

(10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend à l'ensemble des professionnels de santé concernés (chiropractie, ostéopathie, psychologue, diététicien, podologue et psychomotricien)