Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

mutuelle integrance
L'esprit de solidarité
GROUPE APICIL

CCN 66 IDCC 413

Accord Interbranche du 02/10/2019

Base conventionnelle – Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2020

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale BASE CONVENTIONNELLE
SOINS COURANTS	
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la SS	100 % BR
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	170 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	150 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	150 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	130 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	130 % 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
Médicaments	
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR
Autres soins courants	
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR
Matériel médical :	
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	200 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS – exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire, pansements, gazes, compresses….	200 % BR

MUTUELLE INTEGRANCE, Mutuelle membre du Groupe APICIL soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18.
La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire.

HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris maternité	
Honoraires y compris maternité	
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO), autres honoraires	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation	
Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné	200 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR
Chambre particulière en secteur conventionné, y compris maternité (avec nuitée)	100 % FR, limité à 2 % PMSS/J
Chambre particulière en secteur conventionné, y compris maternité, en ambulatoire (sans nuitée)	100 % FR, limité à 1 % PMSS/J
Lit d'accompagnant en secteur conventionné (sans limitation du durée)	100 % FR, limité à 1,5 % PMSS/J
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR
OPTIQUE (4)	
Équipements : 2 Verres et 1 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 :	
Verres (5) et monture (5) de CLASSE B	
Monture adulte	Grille Optique BASE
Monture enfant	
Forfait Verres simples, complexes, très complexes, par verre	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique :	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % FR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	100 % FR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique	
Lentilles prises en charge par la SS (3) (6) (remboursement minimum égal à 100 % BR – SS, si forfait épuisé), lentilles non prises en charge par la SS et lentilles jetables	3 % PMSS/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil (3)	22 % PMSS/A/B

DENTAIRE	
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 dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Inlays-onlays du panier maitrisé dans la limite du HLF et du panier libre	100 % BR
Prothèses prises en charge par la SS	
Panier Maitrisé	**Dans la limite de 900 € par A/B***
Prothèses fixes sur dents visibles (dents du sourire) (7) prises en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF	250 % BR
Prothèses fixes sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF	220 % BR
Inlays core pris en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF	150 % BR
* Hors Panier 100% Santé. Le forfait annuel n'inclut pas le remboursement de la Sécurité sociale. Au-delà du forfait annuel, la garantie qui s'applique est de 125 % BR pour chaque acte conformément au décret n° 2019-65.	
Panier Libre	
Prothèses fixes sur dents visibles (dents du sourire) (7) prises en charge par la SS du panier libre	125 % BR
Prothèses fixes sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la SS du panier libre	125 % BR
Inlays core pris en charge par la SS du panier libre	125 % BR
Autres dispositifs dentaires	
Orthodontie prise en charge par la SS	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	250 % BRR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (3)	7 % PMSS/A/B
Forfait Implantologie (3) (par an et par bénéficiaire)	20 % PMSS/A/B
AIDES AUDITIVES (8)	
Aides auditives : deux classes d'équipements	
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement	
Equipement de CLASSE I (9)	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Autres équipements :	
Equipements de CLASSE II (9) tels que définis règlementairement	
Appareil auditif remboursé par la SS	20 % PMSS/oreille, au minimum 100 % BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (**)	100 % BR
** Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.	
PREVENTION	
Kit confort :	
Médecine douce (3) (10) : Professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la SS : acupuncteur, ostéopathe, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25 €/séance Maxi 3 séances/A/B
Cures thermales remboursées par la SS	100 % BR
Actes de prévention définis par la règlementation des contrats responsables	100 % BR

BR : Base de Remboursement | **BRR** : Base de Remboursement reconstituée | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : an
B : Bénéficiaire | **J :** Jour | **PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
HLF : Honoraire Limite de Facturation fixé selon la règlementation en vigueur à la date des soins
PLV : Prix Limite de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins
LPP : Liste des Produits et des Prestations remboursables par l'Assurance Maladie

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire d'un DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisé : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou 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 remboursement des praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO et du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait 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 entrainant 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 limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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.
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, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(7) Dents du sourire (incisives, canines prémolaires) correspondent au numéro de dent : 11 à 15, 21 à 25, (haut), 31 à 35, 41 à 45 (bas).

(8) Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précèdent (date d'achat). Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(9) Le remboursement total des aides auditives de classe II s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la règlementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € par oreille à appareiller au 01/01/2021, Sécurité sociale comprise.

Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :
- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

(10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale et réalisées par un praticien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

GRILLE OPTIQUE BASE

Catégories de verres – monture – suppléments et frais d'adaptation	REMBOURSEMENTS, par verre, dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale	
	GRILLE OPTIQUE BASE	
	Adulte/Enfant	Adulte/Enfant
UNIFOCAUX	**CLASSE A**	**CLASSE B**
sphère de 0 à -/+2	100 % FR dans la limite des PLV (1)	35,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % FR dans la limite des PLV (1)	40,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % FR dans la limite des PLV (1)	55,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	**CLASSE A**	**CLASSE B**
sphère de 0 à -/+2	100 % FR dans la limite des PLV (1)	75,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % FR dans la limite des PLV (1)	90,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % FR dans la limite des PLV (1)	115,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	**CLASSE A**	**CLASSE B**
Verre neutre	100 % FR dans la limite des PLV (1)	35,00 €
Monture, dont supplément pour monture à coque, Enfant de moins de 6 ans		100,00 €

(1) **PLV :** Prix Limite de Vente fixé règlementairement.
S = sphère + cylindre