

# Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



**CCN DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE  
ÉTENDUE A LA MAITRISE D'OEUVRE**

**IDCC 2332**


**Ensemble du Personnel - En vigueur à compter du 01/01/2022**



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale	
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	140 % BR	240 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	120 % BR	200 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	170 % BR	320 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	150 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	145 % BR	145 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	125 % BR	125 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	125 % BR	125 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR
Consultations de psychologues partenaires du dispositif MonPsy, dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans (A compter du 05/04/2022)	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>		
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR	100 % BR
<b>Autres soins courants</b>		
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné hors SMUR	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	160 % BR	260 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	160 % BR	260 % BR

**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](http://www.apicil.com)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale	
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Honoraires</b> y compris maternité		
Médecine, chirurgie, (anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie), obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	300 % BR	400 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR	100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>		
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement, sans limitation de durée, hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles	100 % FR*	100 % FR*
<b>Autres frais d'hospitalisation</b>		
Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné <sup>(2)</sup>	300 % BR	400 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné hors SMUR	100 % BR	100 % BR
Forfait Patient Urgences	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière y compris maternité en établissement conventionné, avec nuitée	3 % PMSS/nuit	3 % PMSS/nuit
Chambre particulière <sup>(3)</sup> y compris maternité en établissement conventionné, en ambulatoire (sans nuitée)	3 % PMSS/J	3 % PMSS/J
Chambre particulière <sup>(3)</sup> y compris maternité en établissement non conventionné, avec nuitée	-	3 % PMSS/nuit
Chambre particulière <sup>(3)</sup> y compris maternité en établissement non conventionné, en ambulatoire (sans nuitée)	-	3 % PMSS/J
Lit d'accompagnement <sup>(3)</sup> en établissement conventionné, par nuitée	1,5 % PMSS/nuit	1,5 % PMSS/nuit
Lit d'accompagnement <sup>(3)</sup> en établissement non conventionné, par nuitée	-	3 % PMSS/nuit
*limité au forfait réglementaire en vigueur		
<b>OPTIQUE <sup>(4)</sup></b>		
<i>L'assureur se réserve la possibilité de demander un devis pour l'optique.</i>		
<b>Un équipement est composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement</b>		
<b>Équipements 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement		
Verres et monture de CLASSE A et prestations supplémentaires		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
<b>Autres Équipements <sup>(5)</sup></b>		
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques - exemple : prisme, appairage		
Monture <sup>(5)</sup>		
Forfait Verre à simple foyer (verre unifocal)	Grille Optique BASE	Grille Optique BASE + OPTION
Forfait Verre complexe (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal)		
Forfait Verre très complexe (verre multifocal et progressif à forte correction)		
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR
<b>Autres dispositifs de correction optique</b>		
Lentilles prises en charge par la SS <sup>(6)(7)</sup> , lentilles prescrites y compris jetables non prises en charge par la SS	6 % PMSS/A/B	10 % PMSS/A/B
Chirurgie réfractive <sup>(6)</sup> , par œil	22 % PMSS/A/B	32 % PMSS/A/B

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale	
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION
<b>DENTAIRE <sup>(8)</sup></b>		
<i>L'assureur se réserve la possibilité de demander un devis pour le dentaire.</i>		
<b>Soins et prothèses : trois paniers de soins : panier 100 % Santé – panier maîtrisé – panier libre, tels que définis réglementairement</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % SANTÉ</b> , tels que définis réglementairement		
Panier 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements (Inlay-onlays du panier modéré dans la limite des HLF <sup>(9)</sup> et du panier libre)	170 % BR	250 % BR
<b>Prothèses</b>		
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite des HLF <sup>(9)</sup> et du panier libre, dents du sourire <sup>(10)</sup>	470 % BR	570 % BR
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite des HLF <sup>(9)</sup> et du panier libre, dents du fond de bouche <sup>(10)</sup>	320 % BR	420 % BR
Inlay-Core du panier modéré dans la limite des HLF <sup>(9)</sup> et du panier libre	170 % BR	250 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS <sup>(6)</sup>	-	5 % PMSS
<b>Autres dispositifs dentaires</b>		
Orthodontie <sup>(11)</sup> prise en charge par la SS, par semestre de traitement	250 % BR	350 % BR
Orthodontie <sup>(11)</sup> non prise en charge par la SS par semestre de traitement	-	350 % BRR
Parodontologie non prise en charge par la SS <sup>(6)</sup>	5 % PMSS/A/B	12 % PMSS/A/B
Forfait Implantologie <sup>(6)</sup> (fausse racine et pilier implantaire non prise en charge par la SS)	15 % PMSS/A/B	25 % PMSS/A/B
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(12)</sup></b>		
<i>L'assureur se réserve la possibilité de demander un devis pour les aides auditives.</i>		
<b>Aides auditives : deux classes d'équipements</b>		
<b>Équipement 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement		
Équipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	
<b>Autres équipements</b>		
Équipement de CLASSE II <sup>(13)</sup>		
Appareil auditif/oreille	20 % PMSS/oreille	30 % PMSS/oreille
<b>Autres dispositifs auditifs</b>		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR
<b>PRÉVENTION</b>		
<b>Médecine additionnelle <sup>(6)</sup> <sup>(14)</sup> :</b>		
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : acupuncteur, pédicure-podologue, chiropracteur, diététicien, étiope, ostéopathe, psychomotricien, psychologue, tabacologue	25 € par séance maxi 5 séances /A/B	50 € par séance maxi 5 séances /A/B
Ostéodensitométrie osseuse <sup>(6)</sup>	-	100 €/A/B
Vaccins non pris en charge par la SS <sup>(6)</sup>	1,5 % PMSS/A/B	1,5 % PMSS/A/B
Cures thermales (hors thalassothérapie) prises en charge par la SS <sup>(6)</sup>	10 % PMSS/A/B	15 % PMSS/A/B
<b>MATERNITÉ</b>		
Forfait maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou du jugement d'adoption)	10 % PMSS	10 % PMSS
<b>Actes de prévention</b>		
Remboursés par la SS et définis par la réglementation du contrat responsable	100 % BR	100 % BR
<b>Assistance API Services</b>		
	Oui	Oui

**BR** : Base de Remboursement | **BRR** : Base de Remboursement reconstituée | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale  
**€** : euros | **A** : An | **B** : Bénéficiaire | **J** : jour | **HLF** : Honoraire Limite de Facturation

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence de de Réanimation. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

- (1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées : l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO) et ainsi s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.
- (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (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.  
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) Forfait par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (7) Au-delà du forfait, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
- (8) Limité à 3 prothèses remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire. Au-delà, la garantie est égale à celle du décret n°2014-1025.
- (9) 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).
- (10) Les dents du sourire correspondent aux incisives, canines et premières prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44. Les dents du fond de bouche correspondent aux autres dents.
- (11) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (12) 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.
- (13) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller, hors accessoires et remboursement de la Sécurité sociale compris, conformément à la réglementation en vigueur.
- (14) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes) ou FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux).  
La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé concernés (Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étiope, ostéopathe, psychomotricien, psychologue et tabacologue).

GRILLES OPTIQUES			BASE CONVENTIONNELLE		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION	
			Enfant < 16 ans	Adulte	Enfant < 16 ans	Adulte
<b>Monture</b> (y compris remboursement SS)			100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Remboursement par verre, y compris le remboursement de la Sécurité sociale			
<b>UNIFOCAL</b>	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	60,00 €	90,00 €	85,00 €	125,00 €
		sphère < à - 6 ou > à + 6	90,00 €	120,00 €	115,00 €	155,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	70,00 €	100,00 €	95,00 €	135,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70,00 €	100,00 €	95,00 €	135,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	110,00 €	140,00 €	135,00 €	175,00 €
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	110,00 €	140,00 €	135,00 €	175,00 €
<b>PROGRESSIF ET MULTIFOCAL</b>	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	120,00 €	180,00 €	170,00 €	250,00 €
		sphère < à - 4 ou > à + 4	140,00 €	200,00 €	190,00 €	270,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	150,00 €	210,00 €	200,00 €	280,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	150,00 €	210,00 €	200,00 €	280,00 €
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170,00 €	230,00 €	220,00 €	300,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170,00 €	230,00 €	220,00 €	300,00 €
	sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170,00 €	230,00 €	220,00 €	300,00 €	