

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN des organismes de tourisme

IDCC 1909

Les remboursements indiqués ci-dessous s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Les prestations présentées dans les options incluent les prestations servies au titre du régime conventionnel dit « Base seule ».

Ensemble du personnel


garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2024



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	BASE SEULE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	TM	TM	TM
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations Généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	TM	50 % BR	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	TM	TM	80 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	TM	TM	80 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes et professeurs, actes de petite chirurgie et actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Honoraires paramédicaux :			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.	TM	TM	150 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy » et dans la limite de 8 séances par et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans	TM	TM	TM
Médicaments :			
Pharmacie remboursée pour tout SMR	TM	TM	TM
Autres soins courants :			
Participation actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM	TM
Matériel médical :			
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale - exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé	TM	125 % BR	250 % BR
Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale - exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	TM	125 % BR	250 % 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

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	BASE SEULE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, maternité (établissements conventionnés ou non) prise en charge par la Sécurité sociale			
Honoraires médicaux et chirurgicaux :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	80 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation :			
Frais de séjour	TM	TM	TM
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM	TM
Participation actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	30 €/nuit	50 €/nuit	85 €/nuit
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans hospitalisé ⁽³⁾	15 €/nuit	30 €/nuit	45 €/nuit
OPTIQUE – Une paire de lunettes par bénéficiaire tous les 2 ans, sauf changement de vue (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans)			
Équipements « 100 % SANTÉ » – Classe A :			
Équipement complet dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipements autre que « 100 % Santé » - Classe B (BR incluse) :			
Monture prise en charge par la Sécurité sociale	100 €	100 €	100 €
Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :			
Verre simple	80 €	120 €	160 €
Verre complexe	160 €	200 €	300 €
Verre très complexe	300 €	325 €	350 €
Autres dispositifs de correction optique :			
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale et jetables ⁽⁴⁾	50 €	100 €	150 €
Opération chirurgie Laser ⁽⁵⁾	-	200 €	500 €

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	BASE SEULE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
DENTAIRE			
Soins et Prothèses 100 % Santé			
Panier « 100 % SANTÉ » dans la limite des honoraires de facturation (HLF) 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Soins			
Soins des paniers reste à charge maîtrisé et libre	TM	TM	TM
Prothèses			
Prothèses dentaires : Panier reste à charge maîtrisé	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires : Panier reste à charge libre	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlay Onlays des paniers reste à charge maîtrisé et libre	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	250 % BR	350 % BR
Implantologie ⁽⁶⁾	-	200 €	500 €
AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾			
Équipement « 100 % SANTÉ » de classe I dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) 	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement de CLASSE II dans la limite de 1 700 € par oreille (y compris Sécurité sociale)	TM	125 % BR	250 % BR
DIVERS			
Professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale reconnus et diplômés : ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens ⁽⁸⁾	20 €/séance 2 séances max	30 €/séance 3 séances max	40 €/séance 4 séances max
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale et limitée au reste à charge ⁽⁹⁾	TM	TM	TM

TM = Ticket Modérateur⁽¹⁰⁾ - BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - FR = Frais

- (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) Le remboursement de ces frais est limité à 15 jours par hospitalisation et ne sont pas pris en charge au titre de la présente garantie les frais d'accompagnement liés à un séjour en maison d'accueil hospitalière.
- (4) 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.
- (5) Cette prestation est limitée à une intervention sur chaque œil par année civile et par bénéficiaire.
- (6) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile - Concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.
- (7) 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.
- (8) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé.
- (9) Concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale d'une durée de 21 jours maximum.
- (10) Le ticket modérateur représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement de l'Assurance maladie et avant déduction des participations forfaitaires