

# Vos garanties

Régime complémentaire frais de santé



## CCN des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire - IDCC 2098

Les remboursements ci-dessous s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels.  
Les prestations présentées dans les options incluent les prestations servies au titre du régime conventionnel dit « Base 1 ».

Garanties applicables au 01/01/2024

PRESTATIONS GARANTIES	BASE 1	BASE 2	BASE 3
<b>HOSPITALISATION</b> en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique - en établissements conventionnés ou non			
<b>Honoraires chirurgicaux et médicaux</b>			
<b>Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	150 % BR	180 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	130 % BR	160 % BR	200 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier et psychiatrique<sup>(3)</sup></b>			
Participation forfaitaire au frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Autres frais d'hospitalisation</b>			
Frais de séjour en établissement conventionné	110 % BR	110 % BR	110 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité <sup>(4)</sup>	20 €/jour	40 €/jour	80 €/jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) secteur conventionné <sup>(4)</sup> enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans	20 €/nuitée	20 €/nuitée	30 €/nuitée
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultations/ visites et téléconsultations généralistes</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Consultations, visites et téléconsultations spécialistes et professeurs, actes de petite chirurgie et actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	150 % BR	180 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>	130 % BR	160 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmier, orthophoniste, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien.	100 % BR	100 % BR	100 % 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	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Autres soins courants</b>			
Frais de transport en ambulance accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>			
Pharmacie remboursée à 65, 30 et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>			
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale - exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale – exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Complément équipements post cancer post rayons/chimio - sur prescription médicale <sup>(5)</sup>	150 €	200 €	250 €

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.groupe-apicil.com](http://www.groupe-apicil.com)

# Vos garanties

Régime complémentaire frais de santé



## CCN des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire - IDCC 2098

Les remboursements ci-dessous s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels.  
Les prestations présentées dans les options incluent les prestations servies au titre du régime conventionnel dit « Base 1 ».

Garanties applicables au 01/01/2024

PRESTATIONS GARANTIES	BASE 1	BASE 2	BASE 3
<b>OPTIQUE<sup>(6)</sup></b>			
<b>Équipement 100% SANTÉ*</b>			
Verres et monture de CLASSE A Prestation d'adaptation et d'appairage Supplément pour verres avec filtre	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
<b>Autres équipements<sup>(7)(8)</sup></b>			
Verres et monture de CLASSE B			
Monture	100 €	100 €	100 €
Forfait par verre simple	70 €	80 €	90 €
Forfait par verre complexe	140 €	160 €	170 €
Forfait par verre hyper complexe	250 €	300 €	350 €
Prestation d'adaptation et d'appairage	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Autres dispositifs de correction optique</b>			
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale et jetables <sup>(9)</sup>	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	-	300 €	600 €
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% SANTÉ*</b>			
Panier « 100 % SANTÉ » dans la limite des honoraires de facturation (HLF)	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
<b>Soins</b>			
Soins des paniers reste à charge maîtrisé et libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Prothèses du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre</b>			
Prothèses fixes, inlay-core ou appareil amovible pris en charge par la Sécurité sociale	185 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlay Onlays pris en charge par la Sécurité sociale	125 % BR	125 % BR	125 % BR
<b>Autres dispositifs dentaires</b>			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	185 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait implantologie - limité à 2 implants par an et par bénéficiaire <sup>(10)</sup>	300 €	600 €	900 €
<b>AI DES AUDITIVES prises en charge par la Sécurité sociale - un équipement par oreille tous les 4 ans dans la limite des prix limite de vente</b>			
<b>Équipement 100 % SANTÉ *</b>			
Prothèses auditives de CLASSE I dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
<b>Autres équipements</b>			
Équipement de CLASSE II dans la limite de 1 700 € par oreille (y compris Sécurité sociale)			
Bénéficiaire > 20 ans	400 €	500 €	600 €
Bénéficiaire <= 20 ans ou atteint de cécité (acuité auditive < 1/20 <sup>e</sup> après correction)	1 400 €	1500 €	1600 €

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.groupe-apicil.com](http://www.groupe-apicil.com)

# Vos garanties

Régime complémentaire frais de santé



## CCN des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire - IDCC 2098

Les remboursements ci-dessous s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels.  
Les prestations présentées dans les options incluent les prestations servies au titre du régime conventionnel dit « Base 1 ».

Garanties applicables au 01/01/2024

PRESTATIONS GARANTIES	BASE 1	BASE 2	BASE 3
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
<b>Médecines douces</b> : professionnels de santé non pris en charge par la Sécurité sociale reconnus et diplômés : ostéopathes, acupuncteurs, podologue, étiope, chiropracteurs, diététicien, psychomotricien, psychologue <sup>(11)</sup>	-	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 <sup>(12)</sup>	-	100 €	150 €
<b>PRÉVENTION</b>			
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR		

BR : Base de Remboursement - FR : Frais Réels - € : euros

\* 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 barème de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions 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.

\* Dispositifs 100 % Santé, tels que définis réglementairement, par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

<sup>(1)</sup> 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).

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

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Hors établissements non conventionnés. 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.

<sup>(5)</sup> Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

<sup>(6)</sup> 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.

<sup>(7)</sup> Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement Sécurité sociale. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de classes ou de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.

<sup>(8)</sup> Les remboursements se font dans la limite des plafonds légaux prévus pour les équipements optiques des contrats responsables. Le montant de remboursement de la monture est limité à 100 € maximum remboursement Sécurité sociale inclus.

<sup>(9)</sup> 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.

<sup>(10)</sup> Concerne exclusivement l'implant - Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

<sup>(11)</sup> 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 et sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel.

<sup>(12)</sup> Concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale d'une durée de 21 jours maximum.