

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN DES ACTIVITÉS DE MARCHÉS FINANCIERS (AMAFI)

IDCC 2931

Régime Conventionnel Obligatoire

Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2025


NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale ⁽¹⁾	
	BASE CONVENTIONNELLE (SOCLE)	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE (RENFORT)
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	170 % BR
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.	100 % BR	170 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % BR	100 % BR
Médicaments		
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
Autres soins courants		
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	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

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Matériel médical :		
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale – exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé	400% BR	400% BR
Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale – exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	400% BR	400% BR
HOSPITALISATION		
Honoraires ⁽⁵⁾		
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier		
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement ⁽⁶⁾	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation		
Frais de séjour hospitalier conventionné	100 % BR	370 % BR
Frais de séjour hospitalier non conventionné	100% BR	370 % BR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Forfait Patient Urgences ⁽⁷⁾	100 % FR	100 % FR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière par jour - y compris ambulatoire et maternité ⁽⁸⁾	-	3% PMSS

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipement : composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement		
Équipements 100 % SANTÉ – Classe A :		
Verres et monture de CLASSE A		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV
Équipements autre que « 100 % Santé » - Classe B :		
Monture prise en charge par la Sécurité sociale	100 €	100 €
Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :		
Verre simple	65 €	115 €
Verre complexe	80 €	250 €
Verre très complexe	115 €	350 €
Autres dispositifs de correction optique :		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	3,5 % PMSS/ an / Bénéficiaire 100 % BR au-delà du forfait	7 % PMSS/ an / Bénéficiaire 100 % BR au-delà du forfait
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽¹⁰⁾	-	800 € par œil

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 et des HLF	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale.	100 % BR	170 % BR
Inlay-onlay	125% BR	15% PMSS/an/Bénéficiaire et au-delà du forfait : 125% BR
Parodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	15% PMSS/an/Bénéficiaire
Prothèses ⁽¹¹⁾		
Prothèses dentaires à tarif libre ou maîtrisée, remboursées par la Sécurité Sociale (hors Inlays cores) Par an et par bénéficiaire	Dans la limite de 30% PMSS et au-delà du forfait 125% BR	Dans la limite de 30% PMSS et au-delà du forfait 125% BR
Couronnes, bridges et inter de bridges	300 % BR	500 % BR
Couronnes sur implant	300 % BR	500 % BR
Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)	300 % BR	500 % BR
Réparations sur prothèses	300 % BR	500 % BR
Inlays cores	300 % BR	500 % BR
Geste complémentaire	300 % BR	500 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	125 % BR	350 % BR
Implantologie (implant + pilier implantaire)	-	900 € / an / Bénéficiaire
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives : deux classes d'équipements		
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement		
Équipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV	
Autres équipements :		
Équipement de CLASSE II ⁽¹²⁾		
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité ⁽¹³⁾	122 % BR par oreille	122 % BR par oreille
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR par oreille	400 % BR par oreille
Accessoires et fournitures	400 % BR	400 % BR
PRÉVENTION		
Kit confort :		
Médecine alternative : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la Sécurité sociale : acupuncteur, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, étiope, ostéopathe, psychomotricien, sophrologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, pédicure-podologue, micro-kinésie, méthode Mézières, réflexologue.	-	40€ par séance, limité à 4 séances /an / Bénéficiaire
Assistance API Services	Oui	Oui

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour
TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité | **PLV** : Prix limite de vente
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
HLF : Honoraires Limites de Facturation

Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

- (1) Sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale (hors optique et auditif)
- (2) 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).
- (3) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (4) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini règlementairement (informations sur le site ameli.fr)
- (5) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique (hors chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale)
- (6) 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 et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale, et USLD, unités de soins longue durée.
- (7) Limité au forfait règlementaire en vigueur - Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
- (8) 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
- (9) 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 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.

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.

- (10) Limité à deux, par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (11) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

- (12) 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 ».
- 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) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction