

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN des Commerces de Détail de l'Horlogerie Bijouterie

IDCC 1487

Ensemble du personnel - En vigueur au 01/01/2021

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE INTERMEDIAIRE	BASE AMELIOREE
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % 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	150 % BR	200 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 % <i>SMR important, faible et homéopathie</i>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Matériel médical :			
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR	150 % BR	200 % BR

* limité au forfait règlementaire en vigueur

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

HOSPITALISATION

Honoraires y compris maternité

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 ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	180 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Forfait journalier hospitalier

Participation forfaitaire aux frais d'hébergement (Prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico sociaux visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des Familles)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
---	----------	----------	----------

Autres frais d'hospitalisation

Frais de séjour en établissement conventionné	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière en secteur conventionné, hors maternité	-	20 €/J	40 €/J
Lit d'accompagnant en secteur conventionné (- de 16 ans)	-	10 €/J	20 €/J
Chambre particulière en secteur conventionné, maternité	-	25 €/J	50 €/J
Maternité : Forfait Prime de naissance	-	5 % PMSS	10 % PMSS

* limité au forfait réglementaire en vigueur

OPTIQUE ⁽⁴⁾

Équipement : composé de deux verres et une 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 et monture de CLASSE B

Monture adulte ⁽⁵⁾	Grille optique Base	Grille Optique Base Intermédiaire	Grille Optique Base Améliorée
Monture enfant ⁽⁵⁾			
Verres simples ⁽⁵⁾ , complexes ⁽⁵⁾ , très complexes ⁽⁵⁾			
Prestations d'adaptation et d'appariage de Classe B	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Autres dispositifs de correction optique

Lentilles prescrites : prises en charge par la SS ⁽³⁾ ⁽⁶⁾ (remboursement minimum égal à 100 % BR – SS, si forfait épuisé), non prises en charge par la SS ou lentilles jetables	100 % BR + 70 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B
---	------------------------	-------------------------	-------------------------

* **Équipement 100 % santé** (Classe A) : Prise en charge intégrale de l'équipement (2 verres et une monture) et des prestations d'adaptation et d'appariage prises en charge par la SS, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)

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	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Inlays-onlays du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Dans la limite de 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers maîtrisé et libre, Au-delà prise en charge à 125 % BR			
Panier maîtrisé et Panier Libre			
Prothèses et inlays-core sur dents visibles (dents du sourire) ^{(3) (7)} pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	125 % BR	125 % BR + 150 €/A/B	125 % BR + 300 €/A/B
Prothèses et inlays-core sur dents non visibles (dents du fond de bouche) ^{(3) (7)} prises en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	125 % BR	125 % BR + 150 €/A/B	125 % BR + 300 €/A/B
Autres dispositifs dentaires			
Prothèses et inlays-core sur dents visibles (dents du sourire) ^{(3) (7)} non prises en charge par la SS	-	150 €/A/B	300 €/A/B
Prothèses et inlays-core sur dents non visibles (dents du fond de bouche) ^{(3) (7)} non prises en charge par la SS	-	150 €/A/B	300 €/A/B
Orthodontie prise en charge par la SS	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽³⁾	-	100 €/A/B	200 €/A/B
Forfait implantologie ⁽³⁾ (implant et pilier dentaire hors nomenclature)	-	150 €/A/B	300 €/A/B
AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾			
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		
Autres équipements :			
Équipement de CLASSE II ⁽⁹⁾			
Appareil auditif/oreille ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B
PREVENTION			
Médecine douce ⁽³⁾ : Ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs	-	30 € par séance maxi 2 séances /A/B	30 € par séance maxi 4 séances /A/B
Actes de prévention du contrat responsable	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement | **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

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

(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) 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 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.

(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, ce sont les dents n° 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45 (bas).

Dents du fond de bouche : ce sont les autres dents, n° 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48.

(8) 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.

(9) 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 ».

Grilles OPTIQUE

Catégorie / Classe		Base (Sécurité sociale incluse)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)	
Type de verre		2 verres	2 verres	2 verres	
Verres simple foyer, sphérique	Verres simples Sphère comprise entre -6 à +6	A	RSS + 100 €	RSS + 300 €	
	Verres complexes Sphère hors zone -6 à +6	C	RSS + 200 €	RSS + 600 €	
Verres simple foyer, sphéro-cylindrique	Verres simples Sphère comprise entre -6 à 0 et cylindre ≤ +4	A	RSS + 100 €	RSS + 300 €	
	Verres simples Sphère > 0 et sphère + cylindre ≤ +6	A	RSS + 100 €	RSS + 200 €	
	Verres complexes Sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres complexes Sphère < -6 et cylindre ≥ + 0,25	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres complexes Sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	Verres complexes Sphère comprise entre -4 à +4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres très complexes Sphère hors zone de -4 à +4	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Verres complexes Sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre ≤ +4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres complexes Sphère > 0 et sphère + cylindre ≤ +8	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres très complexes Sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres très complexes Sphère < -8,00 et cylindre ≥ +0,25	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
	Verres très complexes Sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	
ÉQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE 2 VERRS DE CATÉGORIES DISTINCTES					
Équipement verre composé de catégories distinctes/ Plafond contrat responsable	Verre simple + verre complexe • Sphère -6 à +6 et cylindre ≤ +4 • Verre simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre > +4 à verre multifocal ou progressif	B	RSS + 150 €	RSS + 250 € ou RSS + 300 € (selon correction)	RSS + 450 €
	Verre simple + verre très complexe • Sphère -6 à +6 et cylindre ≤ +4 • Verre multifocal ou progressif sphère cylindrique sphère hors zone -8 +8 ou • Verre multifocal ou progressif sphère cylindrique sphère hors zone -4 +4	D	RSS + 150 €	RSS + 250 € ou RSS + 300 € (selon correction)	RSS + 450 €
	Verre complexe + verre très complexe • Verre simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre > +4 à verre multifocal ou progressif • Verre multifocal ou progressif sphère cylindrique sphère hors zone -8 +8 ou • Verre multifocal ou progressif sphère cylindrique sphère hors zone -4 +4	E	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
Monture		1 monture	1 monture	1 monture	
Monture panier libre		100 % BR	75 €	100 €	

CLASSE A : VERRE SIMPLE, sphère -6 à +6 et cylindre ≤ à +4

CLASSE C : VERRE COMPLEXE, verre simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre > +4 à verre multifocal ou progressif

CLASSE F : VERRE TRÈS COMPLEXE, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère hors zone -8 +8

CLASSE F : VERRE TRÈS COMPLEXE, verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère hors zone -4 +4,

Équipement mixte

VERRE SIMPLE + VERRE COMPLEXE (A+C) = **B**

VERRE SIMPLE + VERRE TRÈS COMPLEXE (A+F) = **D**

VERRE COMPLEXE + VERRE TRÈS COMPLEXE (C+F) = **E**