

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN de la METALLURGIE

IDCC 3248

Ensemble du personnel - En vigueur à compter du 01/01/2023

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE conventionnelle + OPTION 1	BASE conventionnelle + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations Généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	185% BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	165 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	165 % BR
Consultations, visites et téléconsultations Spécialistes			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Actes de spécialité, actes de petite chirurgie			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	235 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie, ostéodensitométrie :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	180 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	160 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la SS	100 % BR	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	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de déplacement	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds	100 % FR*	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

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Le contrat est coassuré par APICIL Prévoyance et AESIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

Matériel médical			
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique, pris en charge par la SS	200 % BR	300 % BR	300 % BR + 600 €/A/B
Cas de la maternité			
Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité, dans la limite des garanties des postes Hospitalisation et Soins courants	Oui	Oui	Oui

* limité au forfait réglementaire en vigueur

HOSPITALISATION (médicale et chirurgicale, y compris maternité)			
Honoraires y compris maternité			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	220 % BR	235 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	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 ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport sanitaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Forfait Patient Urgences **	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière en secteur conventionné, y compris maternité, avec nuitée ou en ambulatoire – forfait par bénéficiaire	1,5 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement en secteur conventionné, enfants de moins de 17 ans	1 % PMSS/jour	1,50 % PMSS/jour	1,75 % PMSS/jour
Cas de la maternité : complément aux prestations en nature de l'assurance maternité – dans la limite des garanties des postes Hospitalisation et Soins courants	Oui	Oui	Oui

* limité au forfait réglementaire en vigueur,

** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

OPTIQUE ⁽³⁾			
Un équipement optique est 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 ⁽⁴⁾			
Verres et monture de CLASSE B ⁽⁴⁾			
Forfait pour une monture et 2 verres dont 100 € maxi pour la monture			
Monture et 2 verres simples	250 €	350 €	350 €
Monture et 2 verres complexes	350 €	450 €	450 €
Monture et 2 verres très complexes	450 €	550 €	550 €
Monture et un verre simple + un verre complexe	300 €	400 €	400 €
Monture et un verre simple + un verre très complexe	350 €	450 €	450 €
Monture et un verre complexe + un verre très complexe	400 €	500 €	500 €
Prestations d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux), dans la limite de 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Suppléments pour verres avec filtres (verres de classe B), dans la limite de 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % 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

Le contrat est coassuré par APICIL Prévoyance et AESIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

Verres de classe A ou B : Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance, dans la limite de 100 % des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Verres de classe A ou B : Autres suppléments (prisme/ système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS ^{(5) (6)}	200 €/A/B	250 €/A/B	350 €/A/B
Lentilles non prises en charge par la SS, y compris lentilles jetables ⁽⁵⁾	200 €/A/B	250 €/A/B	280 €/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil	-	400 €/œil	400 €/œil

* **Équipement 100 % santé** (Classe A) : Prise en charge intégrale de l'équipement (une monture et 2 verres adulte et/ou enfant), des prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) et supplément pour verres de classe A avec filtres, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).

DENTAIRE			
Soins prothétiques et prothèses dentaires : trois paniers de soins : 100 % Santé – Panier Maitrisé – Panier libre, tels que définis règlementairement			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ*			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini règlementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	
Soins dentaires			
Soins dentaires	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Panier Maitrisé (tel que défini règlementairement)			
Inlays-onlays du panier maitrisé dans la limite des HLF ⁽⁷⁾	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlay core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite des HLF ⁽⁷⁾	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF ⁽⁷⁾	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Panier libre (tel que défini règlementairement)			
Inlays-onlays du panier libre	225 % BR	300 % BR	300 % BR
Inlay core pris en charge par la SS du panier libre	225 % BR	300 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS du panier libre	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS			410 % BRR**
Orthodontie prise en charge par la SS	225 % BR	300 % BR	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	-	-	400 % BRR
Parodontologie prise en charge par la SS	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Parodontologie non prise en charge par la SS	-	-	200 €/A/B
Implant dentaire : Forfait par implant ⁽⁵⁾ - Maxi 2 par A /B	-	300 €	500 €

* **Équipement 100 % santé** : prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)

** Prestations proratisées sur la base d'une couronne remboursée par la Sécurité sociale (BRR = 120 €).

AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ* tels que définis règlementairement			
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	
Équipements libres			
Équipement de CLASSE II ⁽⁹⁾ tel que défini règlementairement			
Appareil auditif			
Assuré au-delà de leur 20 ^e anniversaire	200 % BR Pour un ou deux appareils	300 % BR Pour un ou deux appareils	1 240 € Par appareil
Assuré jusqu'à leur 20 ^e anniversaire ou atteint de cécité (acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	200 % BR	300 % BR	300 % 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

Le contrat est coassuré par APICIL Prévoyance et AESIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

Autres dispositifs auditifs			
Piles prises en charge par la SS, dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018	100 % BR	100 % BR	100 % BR

* **Equipelement 100 % santé** : prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).

PRESTATIONS ELARGIES			
Médecine douce et sevrage tabagique ⁽¹⁰⁾ Forfait / séance ou intervention / bénéficiaire Maxi : 4 séances ou interventions par an ⁽⁵⁾ pour l'ensemble des postes ci-dessous			
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture	25 €/séance	25 €/séance	105 €/séance
Psychomotricité, Étio-pathie, Sevrage tabagique	25 €/séance	25 €/séance	25 €/séance
Maternité ou adoption : forfait	150 € par enfant	200 € par enfant	550 € par enfant
Cures thermales prises en charge par la SS :			
Traitement	-	-	100 % BR
Voyage et hébergement	-	-	RSS + 350 €/A/B
Vaccins :			
Vaccin contre la grippe et autres vaccins prescrits, non pris en charge par la SS	-	-	100 % FR
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui	Oui

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale | **BRR** : Base de remboursement reconstituée | **FR** : Frais Réels | **A** : an
SS : Sécurité Sociale | **€** : euros | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour | **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **PLV** : Prix Limite de Vente | **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 remboursement des praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO et du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) 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.

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

Le contrat est coassuré par APICIL Prévoyance et AESIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

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.

(4) 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.

(5) Forfait par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(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) Le respect de la limite des HLF (Honoraires Limites de Facturation) 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).

(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) S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ».

Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à cette réglementation.

(10) Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, psychomotricité, étiopathie, sevrage tabagique).

Acupuncture, l'ostéopathie et la chiropraxie : seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

Etiopathie : il doit s'agir d'étiopathes diplômés et admis au registre national des étiopathes.