

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN Entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes (SDLM)

IDCC 1404

Régime conventionnel – Ensemble du personnel

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2023

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION 1	BASE + 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	100 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	140 % BR	140 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	140 % BR	140 % BR	140 % BR
Actes techniques médicaux			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	110 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	110 % BR	140 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	110 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	110 % BR	140 % 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 MonParcoursPsy, 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

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

Autres soins courants			
Frais de transport 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	100 % BR	100 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS – exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR

* limité au forfait réglementaire en vigueur

HOSPITALISATION *

Honoraires chirurgicaux et médicaux, 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 de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	180 % BR

Forfait journalier hospitalier

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.

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	100 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR**	100 % FR**	100 % FR**
Forfait Patient Urgences***	100 % FR**	100 % FR**	100 % FR**
Chambre particulière	40 €/J	50 €/J	60 €/J
Chambre particulière ambulatoire ⁽³⁾	35 €/J	40 €/J	45 €/J
Lit d'accompagnant en secteur conventionné La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie.	25 €/J	25 €/J	25 €/J

* En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

** 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 ⁽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 ⁽⁵⁾ :

Verres et monture de CLASSE B ⁽⁵⁾			
Verres ⁽⁵⁾ simples, complexes, très complexes	Grille optique Base	Grille optique Option 1	Grille optique Option 2
Monture ⁽⁵⁾	100 €	100 €	100 €
Prestations d'adaptation et d'appairage de Classe B	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Autres dispositifs de correction optique

Lentille ⁽⁶⁾ prises en charge ⁽⁷⁾ ou non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)	150 €/A/B	150 €/A/B	150 €/A/B
Chirurgie réfractive ⁽⁶⁾	150 €/A/B	150 €/A/B	150 €/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'appairage prises en charge par la SS, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)

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

DENTAIRE

Soins et prothèses : trois paniers de soins : 100 % Santé – Panier Maitrisé – Panier libre, tels que définis réglementairement

Devis obligatoire : Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % par rapport aux prestations versées avec accord de prise en charge.
La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

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	100 % BR	100 % BR
Inlays-onlays du panier modéré dans la limite du HLF ⁽⁸⁾ et du panier libre		150 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses				
Prothèses et inlays-core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF ⁽⁸⁾ et du panier libre		350 % BR	425 % BR	500 % BR
Autres dispositifs dentaires				
Orthodontie prise en charge par la SS		250 % BR	250 % BR	250 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽⁶⁾		400 €/A/B	400 €/A/B	400 €/A/B
Forfait implantologie ⁽⁶⁾		400 €/A/B	400 €/A/B	500 €/A/B

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

AIDES AUDITIVES⁽⁹⁾

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 ⁽¹⁰⁾				
Appareil auditif, par oreille				
Bénéficiaire > 20 ans		400 €	400 €	400 €
Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction		1 400 €	1 400 €	1 400 €
Autres dispositifs auditifs				
Entretien, réparation, piles et autres consommables		100 % BR	100 % BR	100 % BR

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

PREVENTION

Médecine douce ^{(6) (11)} Acupuncture, chiropractie, Ostéopathie,		25 € /séance dans la limite de 4 séances/A/B	25 € /séance dans la limite de 4 séances/A/B	25 € /séance dans la limite de 4 séances/A/B
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾		15 €/A/B	15 €/A/B	15 €/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
HLF : Honoraire Limite de Facturation | **PLV :** Prix Limite de Vente | **DPTM :** Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maitrisées

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'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (DPT) : 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) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

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

(7) Au-delà du forfait, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(8) 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).

(9) 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.

(10) 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 ».

(11) Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération / syndicat professionnel) ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe).

Grilles OPTIQUE

	Catégorie	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Type de verre		Remboursement par verre, dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
Verres simple foyer, sphérique	Verres simples Sphère comprise entre -6 à +6	75 €	100 €	125 €
	Verres complexes Sphère hors zone -6 à +6	80 €	100 €	125 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindrique	Verres simples Sphère comprise entre -6 à 0 et cylindre ≤ +4	80 €	100 €	150 €
	Verres simples Sphère > 0 et sphère + cylindre ≤ +6	85 €	100 €	150 €
	Verres complexes Sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	95 €	100 €	150 €
	Verres complexes Sphère < -6 et cylindre ≥ + 0,25	90 €	100 €	175 €
	Verres complexes Sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	100 €	100 €	175 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques	Verres complexes Sphère comprise entre -4 à +4	125 €	190 €	210 €
	Verres très complexes Sphère < -4 ou > +4	150 €	190 €	210 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Verres complexes Sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre ≤ + 4	165 €	200 €	250 €
	Verres complexes Sphère > 0 et sphère + cylindre ≤ + 8	165 €	200 €	250 €
	Verres très complexes Sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	175 €	200 €	250 €
	Verres très complexes Sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	175 €	200 €	250 €
	Verres très complexes Sphère < -8,00 et cylindre ≥ +0,25	175 €	200 €	250 €
Monture				
Monture (Equipement de classe II)		100 €	100 €	100 €