Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL PRÉVOYANCE

CCN des métiers de l'Éducation, de la Culture, des Loisirs et de l'Animation agissant pour l'utilité sociale et environnementale au service des Territoires

ECLAT IDCC 1518

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		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE (socle)	R1 BASE + OPTION 1	R2 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)	120 % BR	120 % BR	120 % 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, Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue, Cardiologue, Professeur – Praticien hospitalier			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	170 % BR	220 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie et actes techniques médicaux			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	145 % BR	170 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
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
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Sage-femme	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Psychologues pris en charge par la SS (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 % et 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	15 % BR	100 % BR	100 % BR
Traitement anti-tabac prescrit et pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits et pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Participation 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.
Siège social 51 Boulevard Marius Vivier-Merle – 69003 Lyon
www.apicil.com

MUTAMI
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 776 950 677
Siège social : 70 Boulevard Matabiau – BP 7051 - 31069 Toulouse Cedex 7

Matériel médical, produits et dispositifs, hors auditif (inscrit à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale)			
Prothèses mammaires, prothèse capillaire, semelle orthopédique, petit appareillage, autres appareillage et produits, pris en charge par la SS	100 % BR	200 % BR	300 % BR

***** limité au forfait règlementaire en vigueur

HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)			
Honoraires y compris maternité			
Actes de chirurgie, d'anesthésie, de réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique, autres actes			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	170 % BR	220 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique 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.			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport ou transfert entre établissement pris en charge 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 en secteur conventionné, y compris maternité, avec nuitée	1 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Chambre particulière en secteur conventionné, y compris maternité, en ambulatoire	-	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement en secteur conventionné, enfants de moins de 12 ans	0,5 % PMSS/jour	1,5 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour

* limité au forfait règlementaire 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 (5)			
Verres et monture de CLASSE B (5)			
Adultes			
Monture (5)	80 €	100 €	100 €
Verres	Se référer à la grille optique en page 5		
Verres simples, par verre	40 €	120 €	130 €
Verres complexes, par verre	90 €	220 €	230 €
Verres très complexes, par verre	150 €	250 €	260 €
Enfants			
Monture (5)	60 €	85 €	100 €
Verres	Se référer à la grille optique en page 5		
Verres simples, par verre	40 €	80 €	90 €
Verres complexes, par verre	90 €	180 €	190 €
Verres très complexes, par verre	90 €	180 €	190 €
Prestations supplémentaires (Equipement de classe A ou B) Prestations d'adaptation (Verres de classe A ou de classe B) suppléments pour verres avec filtre de classe B, autres suppléments pour verres de classe A ou B)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS (6) (7)	100 % BR + 3 % PMSS/A/B	100 % BR + 3 % PMSS/A/B	100 % BR + 5 % PMSS/A/B
Lentilles non prises en charge par la SS, y compris lentilles jetables (6)	-	3 % PMSS/A/B	5 % PMSS/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil	10 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil	35 % PMSS/œil

*** Equipement 100 % santé** (Classe A) : Prise en charge intégrale de l'équipement (2 verres et une monture), des prestations d'adaptation et d'appairage et supplément pour verres avec filtre dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).

DENTAIRE			
Soins et prothèses : 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 réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Soins dentaires			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Panier Maitrisé – Panier libre			
Inlays-onlays du panier maitrisé dans la limite des HLF (8) et du panier libre	125 % BR	150 % BR	175 % BR
Inlay core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite des HLF (8) et du panier libre	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèses : limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maitrisé, au-delà prise en charge à hauteur de 125 % BR			
Prothèses prises en charge par la SS Couronnes, bridges et inter bridge / couronnes sur implant / prothèses dentaires amovibles ou fixes / réparation sur prothèses			
Prothèses incisive, canine, 1ère prémolaire : prises en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF (8) et du panier libre	275 % BR	350 % BR	450 % BR
Prothèses 2ème prémolaire, molaires : prises en charge par la SS du panier maitrisé dans la limite des HLF (8) et du panier libre	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Parodontologie prise en charge par la SS	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Orthodontie prise en charge par la SS	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Désobturation endodontique Maxi 2 actes tous les 3 ans ** /B	2 % PMSS par acte	2,5 % PMSS par acte	2,5 % PMSS par acte
Forfait implantologie : Implant + pilier dentaire Maxi 2 tous les 3 ans ** /B	8 % PMSS/(implant + pilier dentaire)	10% PMSS/(implant + pilier dentaire)	12% PMSS/(implant + pilier dentaire)

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

**La durée de 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.

AIDES AUDITIVES (9)			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ* tels que définis réglementairement			
Equipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Équipements libres			
Equipement de CLASSE II (10)			
Appareil auditif par oreille :			
Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	100 % BR	150 % BR	190 % BR
Assuré > 20 ans	100 % BR	150 % BR	190 % BR
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).

PRESTATIONS ELARGIES			
Médecine douce (6) (11) : reconnue par les annuaires professionnels de praticiens et non prise en charge par la SS : ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, psychologue, psychomotricien, acupuncteur, podologue.	25 €/séance Maxi 2 séances/A/B	35 €/séance Maxi 3 séances/A/B	35 €/séance Maxi 5 séances/A/B
Diététicien/Nutritionnistes (6)	25 €/séance Maxi 2 séances/A/B	25 €/séance Maxi 2 séances/A/B	25 €/séance Maxi 2 séances/A/B
Traitement anti-tabac prescrit et non pris en charge par la SS (6)	1,5 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B	4 % PMSS/A/B
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS (6)	1,5 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B
Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge par la SS (6)	2 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B
Cures thermales prises en charge par la SS et forfait d'hébergement : cure et forfait frais d'hébergement	100 % BR	100 % BR + 5 % PMSS /B	100 % BR + 7 % PMSS /B
Cures thermales avec Hospitalisation	100 % BR	100 % BR + 5 % PMSS /B	100 % BR + 7 % PMSS /B
Ostéodensitométrie osseuse prise en charge par la SS (6)	100 % BR	100 % BR + 13 €/A/B	100 % BR + 38 €/A/B
Ostéodensitométrie prescrite et non prise en charge par la SS (6)	-	25 €/A/B	50 €/A/B
Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP avec reste à charge (hors appareillages auditifs et équipements optiques) (6)	25 €/A/B	35 €/A/B	50 €/A/B
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	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
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 règlementation 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) 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).

(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 entrainant 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.
Siège social 51 Boulevard Marius Vivier-Merle – 69003 Lyon
www.apicil.com

MUTAMI
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 776 950 677
Siège social : 70 Boulevard Matabiau – BP 7051 - 31069 Toulouse Cedex 7

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 indemnisations 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 règlementation en vigueur du « contrat responsable ».

(11) Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, psychologue, psychomotricien, acupuncteur, podologue).

GRILLE OPTIQUE

GRILLE OPTIQUE « VERRES DE CLASSE B »			
VERRES	**Avec/Sans Cylindre**	**SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL**	**Qualification par verre**
UNIFOCAUX	Sphérique	SPH de – 6 à + 6	Simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphérique	SPH de – 4 à + 4	Complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	Très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexe