

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non garanti	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	171,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire + 13 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	2 € de participation forfaitaire + 43 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	78,00 €	411,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	472,23 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	35,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	76,97 € (par verre) + 117,97 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	85,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	160,97 € (par verre) + 117,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	0 €	1 275 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	45 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	163,02 €	51,28 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	20,70 €	25,2 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	20,70 €	2 € de participation forfaitaire + 29,2 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	168,00 €	321,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	230,35 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	50,00 € (par verre) + 80,00 € (monture)	61,97 € (par verre) + 67,97 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	110,00 € (par verre) + 80,00 € (monture)	135,97 € (par verre) + 67,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	125 €	<i>Non connu</i>
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	300 €	975 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	70 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	2 € de participation forfaitaire + 20 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	201,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	75,00 € (par verre) + 100,00 € (monture)	36,97 € (par verre) + 47,97 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	190,00 € (par verre) + 100,00 € (monture)	55,97 € (par verre) + 47,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	175 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	350 €	Non connu
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	700 €	575 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	90 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	2 € de participation forfaitaire + 20 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	515 €	120 €	72 €	443 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	444,00 €	45,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	111,97 € (par verre) + 100,00 € (monture)	0 € (par verre) + 47,97 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	245,97 € (par verre) + 100,00 € (monture)	0 € (par verre) + 47,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	200 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	450 €	Non connu
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	900 €	375 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL Profil'R Co - Base



PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
SOINS COURANTS				
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires médicaux				
Consultations/visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	180 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	160 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux				
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.				
Psychologues pris en charge par la SS ⁽³⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Autres soins courants				
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Médicaments				
Pharmacie à Service Médical Rendu majeur ou important	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie à Service Médical Rendu modéré		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie à Service Médical Rendu faible		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Matériel médical				
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾		300 €	700 €	1 500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR - SS	150 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS

⁽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 d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).

⁽²⁾ Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base 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.

⁽⁴⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL Profil'R Co - Base

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
HOSPITALISATION				
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité				
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	180 % BR - SS	250 % BR - SS	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	160 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	170 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier				
Participation forfaitaire au frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation				
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - hors hospitalisation en ambulatoire - y compris maternité		45 €/jour	70 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽³⁾		30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁴⁾		20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) ⁽⁵⁾		20 €/jour	35 €/jour	45 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours remboursement dès le 15 ^e jour ⁽⁶⁾			5 €/jour	8 €/jour

⁽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 d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).

⁽²⁾ Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

⁽³⁾ Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile.

⁽⁴⁾ Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.

⁽⁵⁾ Limite à 30 jours par hospitalisation.


⁽⁶⁾ Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL Profil'R Co - Base



PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
OPTIQUE⁽¹⁾				
Équipements verres et monture : deux classes d'équipements				
Équipement 100% SANTÉ tels que définis réglementairement				
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Autres équipements - forfait pour deux verres et une monture				
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.				
Verres et monture de CLASSE B				
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	100 € dont 30 € maxi monture	180 € dont 80 € maxi monture	250 € dont 100 € maxi monture	350 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	200 € dont 30 € maxi monture	300 € dont 80 € maxi monture	480 € dont 100 € maxi monture	640 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres hyper complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	200 € dont 30 € maxi monture	340 € dont 80 € maxi monture	540 € dont 100 € maxi monture	720 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique				
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR - SS			
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽³⁾		125 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive ⁽⁴⁾			350 €/œil	450 €/œil

⁽¹⁾ Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement 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 adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

⁽²⁾ Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de classes ou de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.

⁽³⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.


⁽⁴⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL Profil'R Co - Base



PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
DENTAIRE⁽¹⁾				
Soins et prothèses : trois paniers de soins				
Soins et prothèses 100 % SANTÉ				
Panier 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Soins				
Soins des paniers modérés et libres	100 % BR - SS	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	100 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Prothèses				
Devis obligatoire pour tout acte supérieur à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.				
Prothèses fixes et inlay-core sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	125 % BR - SS	250 % BR - SS	380 % BR - SS	500 % BR - SS
Prothèses fixes et inlay-core sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	125 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	430 % BR - SS
Devis obligatoire pour tout acte supérieur à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.				
Prothèses non prises en charge SS ⁽³⁾		200 % BR	300 % BR	430 % BR
Autres dispositifs dentaires				
Devis obligatoire pour tout acte supérieur à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.				
Orthodontie prise en charge SS	125 % BR - SS	250 % BR - SS	380 % BR - SS	500 % BR - SS
Devis obligatoire pour tout acte supérieur à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.				
Orthodontie non prise en charge SS ⁽⁴⁾			230 % BR	380 % BR
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽⁵⁾			150 €	250 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par SS ⁽⁵⁾			60 €	80 €
Devis obligatoire pour tout acte supérieur à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.				
Forfait implantologie limité à 2 implants ⁽⁵⁾			250 €/implant	450 €/implant


⁽¹⁾ Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Équipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.

⁽²⁾ Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.

⁽³⁾ Dans la limite de 1 000 €/an/bénéficiaire : s'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice

⁽⁴⁾ Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information.

⁽⁵⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾				
Aides auditives : deux classes d'équipements				
Équipement 100 % SANTÉ tel que définis réglementairement				
Équipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Autres équipements				
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au panier de soins minimum légal.				
Équipement de classe II ⁽²⁾ Appareil auditif/oreille Forfait supplémentaire en €/oreille	100 % BR - SS	100 % BR - SS 300 €/oreille	100 % BR - SS 700 €/oreille	100 % BR - SS 900 €/oreille
Autres dispositifs auditifs				
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise).

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
PRÉVENTION				
Kit confort⁽¹⁾⁽²⁾ : Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe		20 €/séance 4 séances maxi	30 €/séance 4 séances maxi	40 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁾ - exemples : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharges, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt de tabac (si précision pour sevrage tabagique)		30 €	45 €	55 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾		30 €	45 €	55 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS, par an et par bénéficiaire, et exclusivement achetés en pharmacie ⁽¹⁾⁽³⁾		20 €	30 €	40 €

⁽¹⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

⁽²⁾ Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

⁽³⁾ Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes.

GARANTIES

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL Profil'R Co - Base



PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
MATERNITÉ/CONTRACEPTION				
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)		150 €	250 €	350 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS et limitées à 2 ⁽¹⁾			150 €/FIV	250 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽¹⁾			100 €	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽¹⁾		55 €	70 €	90 €

⁽¹⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	INITIALE	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	PRIVILÈGE
PACK ALLOCATIONS				
Cure Thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽¹⁾		180 €	250 €	350 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit		500 €	1 000 €	2 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁾⁽³⁾		250 €	500 €	1 000 €

⁽¹⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur.

⁽²⁾ Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

⁽³⁾ Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros

BR – SS : s'entend à hauteur de la Base de Remboursement **moins** le remboursement de la Sécurité Sociale

FR – SS : s'entend à hauteur des Frais Réels **moins** le remboursement de la Sécurité Sociale

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions et limites définies dans votre notice d'information. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.

Correspondance des offres :

L'offre Initiale correspond au niveau 1 de la gamme APICIL PROFIL'R CO

L'offre Essentielle correspond au niveau 3 de la gamme APICIL PROFIL'R CO

L'offre Équilibre correspond au niveau 5 de la gamme APICIL PROFIL'R CO

L'offre Privilège correspond au niveau 7 de la gamme APICIL PROFIL'R CO

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.