

CCN DES ACTIVITÉS DE MARCHÉS FINANCIERS (AMAFI)

IDCC 2931

Régime Conventionnel Obligatoire

Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2026

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale ⁽¹⁾	
	BASE CONVENTIONNELLE (SOCLE)	BASE CONVENTIONNELLE AMÉLIORÉE (RENFORT)
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	170 % BR
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.	100 % BR	170 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	100 % BR	100 % BR
Médicaments		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	100 % BR ou TFR
Autres soins courants		
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR

MATÉRIEL MÉDICAL

Fauteuil roulant / VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)

Fauteuil roulant/VPH : un panier de soins ⁽⁵⁾

Fauteuils roulants / VPH 100% SANTÉ tels que définis réglementairement

Fauteuil roulant/VPH en forfait de location courte



dans la limite des forfaits tels que définis réglementairement ⁽⁵⁾

Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ

Prothèse capillaire et accessoire

Prothèse capillaire : quatre classes d'équipement

Matériel médical 100% SANTÉ tels que définis réglementairement

Prothèse capillaire Classe II et un accessoire textile ⁽⁶⁾



Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ

Autre prothèse capillaire et accessoire

Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁶⁾	400% BR	400% BR
Prothèse capillaire Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁶⁾	400% BR	400% BR
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁶⁾	400% BR	400% BR
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV) - (exemples : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) ⁽⁷⁾	400% BR	400% BR

Autre matériel médical

Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) – exemple : lit médicalisé	400% BR	400% BR
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) – exemples : orthopédie, prothèses mammaires	400% BR	400% BR

HOSPITALISATION

Honoraires ⁽⁸⁾

Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)

Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽³⁾	100 % BR	200 % BR

Forfait journalier hospitalier

Participation forfaitaire aux frais d'hébergement ⁽⁹⁾	100 % FR	100 % FR
--	----------	----------

Autres frais d'hospitalisation

Frais de séjour hospitalier conventionné	100 % BR	370 % BR
Frais de séjour hospitalier non conventionné	100% BR	370 % BR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Forfait Patient Urgences ⁽¹⁰⁾	100 % FR	100 % FR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière par jour - y compris ambulatoire et maternité ⁽¹¹⁾	-	3% PMSS

OPTIQUE (12)**Équipement : composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement****Équipements 100 % SANTÉ – Classe A :**

Verres et monture de CLASSE A

Zéro reste à charge dans la limite du panier
100 % santé et des PLV**Équipements autre que « 100 % Santé » - Classe B :**

Monture prise en charge par la Sécurité sociale

100 €

100 €

Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :

Verre simple

65 €

115 €

Verre complexe

80 €

250 €

Verre très complexe

115 €

350 €

Autres dispositifs de correction optique :

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale

3,5 % PMSS/ année civile /
Bénéficiaire
TM au-delà du forfait7 % PMSS/ année civile /
Bénéficiaire
TM au-delà du forfait

Chirurgie réfractive de l'œil (13)

-

800 € par œil

DENTAIRE**Soins et prothèses : trois paniers de soins****Soins et prothèses 100 % SANTÉ**Panier 100 % SANTÉ tel que
défini réglementairementZéro reste à charge dans la limite du panier
100 % santé et des HLF**Soins**Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-
dentaire, actes d'endodontie, parodontologie remboursée par la
Sécurité sociale.

100 % BR

170 % BR

Inlay-onlay

125% BR

15% PMSS/année civile/
Bénéficiaire et au-delà du
forfait :
125% BR - SSParodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité
sociale

-

15% PMSS/année civile/
Bénéficiaire**Prothèses (14)**Prothèses dentaires à tarif libre ou maîtrisée, remboursées par
la Sécurité Sociale (hors Inlays cores)
Par an et par bénéficiaireDans la limite de 30% PMSS
et au-delà du forfait
125% BR - SSDans la limite de 30% PMSS
et au-delà du forfait
125% BR - SS

Couronnes, bridges et inter de bridges

300 % BR

500 % BR

Couronnes sur implant

300 % BR

500 % BR

Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)

300 % BR

500 % BR

Réparations sur prothèses

300 % BR

500 % BR

Inlays cores

300 % BR

500 % BR

Geste complémentaire

300 % BR

500 % BR

Autres dispositifs dentaires

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale

125 % BR

350 % BR


Implantologie (implant + pilier implantaire)

-

900 € / année civile /
Bénéficiaire**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 500TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

AIDES AUDITIVES

Aides auditives : deux classes d'équipements

Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement		
Equipelement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV
Autres équipements :		
Equipelement de CLASSE II ⁽¹⁵⁾		
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité ⁽¹⁶⁾	122 % BR par oreille	122 % BR par oreille
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR par oreille	400 % BR par oreille
Accessoires et fournitures	400 % BR	400 % BR
PRÉVENTION		
Kit confort ⁽¹⁷⁾ :		
Médecine alternative : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la Sécurité sociale : acupuncteur, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, étio-pathe, ostéopathe, psychomotricien, sophrologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, pédicure-podologue, micro-kinésie, méthode Mézières, réflexologue.	-	40€ par séance, limité à 4 séances /année civile / Bénéficiaire
Assistance API Services	Oui	Oui

TM : Ticket modérateur

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité | **PLV** : Prix limite de vente

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

HLF : Honoraires Limites 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) Sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale (hors optique et auditif)
- (2) 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).
- (3) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (4) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement (informations sur le site ameli.fr)
- (5) Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis réglementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % SANTÉ. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la SS, il n'y a donc pas de prise charge complémentaire (informations sur le site ameli.fr).
- (6) Limité à 1 prise en charge par an et par bénéficiaire. La prescription est renouvelable tous les 12 mois. Chaque prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne automatiquement de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue. Concerne les prothèses délivrées par un distributeur agréé spécialisé dont la liste est disponible sur le site e-cancer.com
- (7) Cette garantie s'applique uniquement si vous ne souhaitez pas de prothèse capillaire, dans la limite de 3 accessoires par an et par bénéficiaire. La base de remboursement de la SS est fixée à 20 € et le PLV est à 40 €.
- (8) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique (hors chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale)

- (9) 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 et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale, et USLD, unités de soins longue durée.
- (10) Limité au forfait réglementaire en vigueur - Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
- (11) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour
- (12) 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.
- 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.
- (13) Limité à deux, par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (14) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
- (15) 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 ».
- 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.
- (16) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction
- (17) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité Sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé mentionnés ci-dessus.