

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN DE LA PROMOTION IMMOBILIERE

IDCC 1512

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		
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites généralistes			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR	180 % BR	270 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Consultations, visites spécialistes			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	200 % BR	220 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR	170 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	150 % BR	170 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologue	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
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

TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

MATÉRIEL MÉDICAL			
Fauteuil roulant / VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)			
Fauteuil roulant/VPH : un panier de soins ⁽⁴⁾			
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 ⁽⁴⁾		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 ⁽⁵⁾		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 ⁽⁵⁾	180 % BR	260 % BR	360 % BR
Prothèse capillaire Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	180 % BR	260 % BR	360 % BR
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	180 % BR	260 % BR	360 % 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) ⁽⁶⁾	180 % BR	260 % BR	360 % BR
Autre matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) – exemple : lit médicalisé	180 % BR	260 % BR	360 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) – exemples : orthopédie, prothèses mammaires.	180 % BR	260 % BR	360 % BR
HOSPITALISATION ⁽⁷⁾			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie, d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	200 % BR	220 % BR	420 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement ⁽⁸⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour (conventionnés et non conventionnés)	170 % BR	170 % BR	370 % BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Patient Urgences (FPU) ⁽⁹⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière par jour : conventionnée de nuit conventionnée de jour	100 % FR limité à 2 % PMSS limité à 2 % PMSS	100 % FR limité à 2 % PMSS limité à 2 % PMSS	100 % FR limité à 4 % PMSS limité à 2 % PMSS
Accompagnant pour enfant de moins de 12 ans Conventionné (par nuitée)	100 % FR limité à 1 % PMSS	100 % FR limité à 1 % PMSS	100 % FR limité à 2 % PMSS

OPTIQUE ⁽¹⁰⁾			
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 et des PLV	
Autres équipements			
Verres et monture de CLASSE B			
Monture adulte	Classe B : Grille optique Base ci-après	Classe B : Grille optique Base + option 1 ci-après	Classe B : Grille optique Base + option 2 ci-après
Monture enfant			
Verres			
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prescrites acceptées Forfait supplémentaire en euros ⁽¹¹⁾	100 % BR 3 % PMSS	100 % BR 6 % PMSS	100 % BR 8 % PMSS
Lentilles prescrites (refusées, jetables) par an/bénéficiaire	3 % PMSS	7 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie réfractive par an, par œil et par bénéficiaire	15 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des HLF	
Soins			
Soins dentaires	150 % BR	160 % BR	160 % BR
Inlays-onlays du panier modéré dans la limite des HLF ⁽¹²⁾ et du panier libre	150 % BR	160 % BR	370 % BR
Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale			
Panier Libre et Maîtrisé			
Prothèses fixes sur dents visibles ⁽¹³⁾ prises en charge par la Sécurité sociale dans la limite des HLF ⁽¹²⁾	200 % BR	420 % BR	540 % BR
Prothèses fixes sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ prises en charge par la Sécurité sociale dans la limite des HLF ⁽¹²⁾	175 % BR	420 % BR	540 % BR
Inlays-core pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite des HLF ⁽¹²⁾	150 % BR	210 % BR	420 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	280 % BR	325 % BR	400 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	300 % BRR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	2,5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Forfait implantologie ⁽¹⁵⁾ /an/bénéficiaire (3 implants maximum)	15 % PMSS	30 % PMSS	40 % PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale	-	-	480 % BRR
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁶⁾			
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			
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)			
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans ou atteint de cécité	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Bénéficiaire de plus de 20 ans	1 040 €	1 040 €	1 440 €
Autres dispositifs auditifs			
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

ACTES DIVERS			
Médecine douce ⁽¹⁷⁾ : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la Sécurité sociale : acupuncture, ostéopathie, chiropractie	30 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	30 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	50 €/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour enfant de moins de 12 ans	20 €/consultation	30 €/consultation	30 €/consultation
Vaccins prescrits par un médecin et non remboursés par la Sécurité sociale	2 % PMSS/an/bénéficiaire	5 % PMSS/an/bénéficiaire	5 % PMSS/an/bénéficiaire
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale/an/bénéficiaire prescrites	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait supplémentaire en euros ⁽¹⁸⁾	-	10 % PMSS	20 % PMSS
Sevrage tabagique prescrit par un médecin et non remboursé Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	100 €	100 €
Forfait maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 10 ans)	8 % PMSS/enfant	20 % PMSS/enfant	20 % PMSS/enfant
Dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 49 ans (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €
Médicaments et pharmacie prescrits non remboursés hors vaccins	-	-	3 % du PMSS par an et par bénéficiaire

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : euros | **RSS** : remboursement Sécurité sociale

BRR : Base de remboursement reconstituée

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

HLF : Honoraire Limite de Facturation | **PLV** : Prix limite de vente

Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée 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 réglementairement (information disponible sur le site ameli.fr).

(4) 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 % SANTE. 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).

(5) 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

(6) 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 €.

(7) Concernant le poste « hospitalisation médicale ou chirurgicale », le remboursement est limité à
 - à 30 jours par année civile s'agissant d'un séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique ;
 - à 30 jours par séjour s'agissant de maison de santé pour maladies nerveuses et mentales.
 La limitation susvisée s'entend hors « forfait journalier hospitalier » et pour les postes concernés, la prise en charge à hauteur du ticket modérateur (TM) reste assurée au-delà des 30 jours, dans le respect de la réglementation relative au « contrat responsable ».

(8) Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).

(9) Limité au forfait réglementaire en vigueur - Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(10) 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.

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

(12) 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)

(13) Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires, ce sont les dents n° 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45.

(14) Dents de fond de la bouche (molaires)

(15) L'implantologie comprend : pose de l'implant, pilier implantaire et scanner

(16) 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.

(17) 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, ostéopathe, chiropracteur).

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

Grille OPTIQUE

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)	BASE			BASE + OPTION 1			BASE + OPTION 2		
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus		Enfant < 16 ans	16 ans et plus		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
Sphère de -6 à +6	100 % PLV (*)	60,00 €	90,00 €	100 % PLV	97,00 €	145,00 €	100 % PLV	160,00 €	160,00 €
Sphère < -6 ou > +6		80,00 €	120,00 €		161,50 €	193,50 €		300,00 €	300,00 €
Sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	100 % PLV	60,00 €	90,00 €	100 % PLV	113,00 €	160,00 €	100 % PLV	160,00 €	160,00 €
Sphère > 0 et S ≤ +6		60,00 €	90,00 €		113,00 €	160,00 €		160,00 €	160,00 €
Sphère > 0 et S > +6		80,00 €	120,00 €		113,00 €	161,00 €		300,00 €	300,00 €
Sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25		80,00 €	120,00 €		145,00 €	215,00 €		300,00 €	300,00 €
Sphère de -6 à 0 et cylindre > +4		80,00 €	120,00 €		113,00 €	161,00 €		300,00 €	300,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus		Enfant < 16 ans	16 ans et plus		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
Sphère de -4 à +4	100 % PLV	80,00 €	120,00 €	100 % PLV	161,00 €	194,00 €	100 % PLV	300,00 €	300,00 €
Sphère < -4 ou > +4		120,00 €	180,00 €		194,00 €	226,00 €		300,00 €	350,00 €
Sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	100 % PLV	80,00 €	120,00 €	100 % PLV	161,00 €	242,00 €	100 % PLV	300,00 €	300,00 €
Sphère > 0 et S ≤ +8		80,00 €	120,00 €		161,00 €	242,00 €		300,00 €	300,00 €
Sphère de -8 à 0 et cylindre > +4		120,00 €	180,00 €		194,00 €	242,00 €		300,00 €	350,00 €
Sphère > 0 et S > +8		120,00 €	180,00 €		194,00 €	242,00 €		300,00 €	350,00 €
Sphère < -8 et cylindre ≥ 0,25		120,00 €	180,00 €		194,00 €	242,00 €		300,00 €	350,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B	
		Enfant < 16 ans	16 ans et plus		Enfant < 16 ans	16 ans et plus		Enfant < 16 ans	16 ans et plus
Verre neutre	100 % PLV	60,00 €	90,00 €	100 % PLV	97,00 €	145,00 €	100 % PLV	160,00 €	160,00 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		90,00 €	90,00 €		100,00 €	100,00 €		100,00 €	100,00 €

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret, S = Cylindre + Sphère, Montant par verre