Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL PRÉVOYANCE

CCN OPÉRATEURS DE VOYAGES ET GUIDES IDCC 3245

Les remboursements indiqués ci-dessous s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

Ensemble du personnel

garanties en vigueur au 1er janvier 2027

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	Niveau 1 = BASE	Niveau 2 = BASE + OPTION 1	Niveau 3 = BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	110 % BR	200 % BR	260 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	160 % BR	250 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	170 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	170 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE)			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	160 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux			
Soins infirmiers professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	110 % BR	200 % BR	260 % BR
Psychologues partenaires du dispositif « Mon soutien psy » (actes remboursés SS) (3)	110 % BR	200 % BR	260 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	Niveau 1 = BASE	Niveau 2 = BASE + OPTION 1	Niveau 3 = BASE + OPTION 2
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 accessoires			
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		
Autres prothèses capillaires			
Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile (5)	125 % BR	180 % BR	260 % BR
Prothèse capillaire Classe III (panier maitrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile (5)	125 % BR	180 % BR	260 % BR
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile (5)	125 % BR	180 % BR	260 % 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)	125 % BR	180 % BR	260 % BR
Autre matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) - exemples : lit médicalisé	165 % BR	220 % BR	300 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires	125 % BR	180 % BR	260 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)			
Praticiens conventionnés signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires de l'un des DPTM : OPTAM/OPTAM-CO (1)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Participation forfaitaire patient urgence (FPU)	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Participation forfait actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière y compris maternité en secteur conventionné ou non conventionné	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/jour	100 % FR dans la limite de 2 % PMSS/jour	100 % FR dans la limite de 2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) en secteur conventionné ou non conventionné	100 % FR dans la limite de 1 % PMSS/jour	100 % FR dans la limite de 1 % PMSS/jour	100 % FR dans la limite de 1,5 % PMSS/jour

* Limité au forfait règlementaire en vigueur

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	Niveau 1 = BASE	Niveau 2 = BASE + OPTION 1	Niveau 3 = BASE + OPTION 2
OPTIQUE [7]			
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		
Autres équipements			
Verres et monture de CLASSE B			
Monture adulte + enfant [8]	100 €	100 €	100 €
Verres simples [8], complexes [8], très complexes [8], par verre	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres		
Frais adaptation de CLASSE A et CLASSE B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe B (prisme/système antiptosis/verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique :			
Lentilles prescrites : prises en charge par la SS [9] [10] (remboursement minimum égal à 100 % BR – SS, si forfait épuisé)	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 250 €/A/B
Lentilles non prises en charge par la SS ou lentilles jetables	100 €/A/B	150 €/A/B	250 €/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil [9]	-	150 €/œil/A/B	250 €/œil/A/B
DENTAIRE			
Soins et Prothèses 100 % Santé			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier		
Soins			
Soins dentaires	100 % BR	200 % BR	270 % BR
Prothèses prises en charge par la SS			
Panier maîtrisé			
Inlay, Onlay prises en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF *	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Inlay-core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF *	195 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	195 % BR	300 % BR	400 % BR
Panier libre			
Inlay, Onlay	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Inlay-core	195 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires (pris en charge par la SS)	195 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	225 % BR	300 % BR	400 % BR
Forfait implantologie [9] (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	-	300 €/A/B	600 €/A/B

***** Le respect de la limite des HLF (Honoraires Limite 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)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS		
	Niveau 1 = BASE	Niveau 2 = BASE + OPTION 1	Niveau 3 = BASE + OPTION 2
AIDES AUDITIVES (11)			
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		
Autres équipements :			
Équipement de CLASSE II (12)			
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100 % BR + 360 €/oreille	100 % BR + 700 €/oreille	100 BR + 1000 €/oreille
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction), par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente	100 % BR + 300 €/oreille	100 % BR + 300 €/oreille	100 % BR + 300 €/oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la SS (13)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DIVERS			
Kit confort (9) **:**			
Médecine douce (14) : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la SS : chiropractie, diététique, nutritionniste, ostéopathie, pédicurie, podologie	-	30 € par séance dans la limite de 3 séances/A/B	45 € par séance dans la limite de 4 séances/A/B
AUTRES FRAIS			
Télésurveillance médicale remboursée SS (Dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR		
Assistance	OUI		

BR : base de Remboursement | **FR** : frais réels | **SS** : Sécurité sociale | **€** : euros | **A** : an | **B** : bénéficiaire |
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
HLF : honoraire limite de facturation | **PLV** : prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

Le 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 Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) : 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 tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », dans la limite du nombre de séances prévues à l'article R. 162-65 du Code la Sécurité sociale et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans

(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

(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.

(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) 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.

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.

(8) 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 équipements : le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus

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

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

(11) 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.

(12) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à cette règlementation. 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 ».

(13) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(14) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS). Le nombre de séances par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (chiropractie, diététique, nutritionniste, ostéopathie, pédicurie, podologie).

Grille OPTIQUE

Catégories de verres	Niveau 1 = BASE		Niveau 2 = Base + Option 1		Niveau 3 = Base + Option 2	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
UNIFOCAUX	CLASSE B		CLASSE B		**CLASSE B**	
Sphère de – 6 à + 6 (*)	60 €	50 €	90 €	75 €	140 €	115 €
Sphère < à – 6 ou > à + 6	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
Sphère de – 6 à 0 et cylindre (+) ≤ + 4	60 €	50 €	90 €	75 €	140 €	115 €
Sphère > 0 et sphère+ cylindre ≤ + 6	60 €	50 €	90 €	75 €	140 €	115 €
Sphère > 0 et sphère+ cylindre > + 6	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
Sphère < – 6 et cylindre (+) ≥ + 0,25	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
Sphère de – 6 à 0 et cylindre (+) > + 4	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	CLASSE B		CLASSE B		**CLASSE B**	
Sphère de – 4 à + 4	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
Sphère de < à -4 ou > à + 4	120 €	100 €	250 €	200 €	350 €	300 €
Sphère de – 8 à 0 et cylindre (+) ≤ + 4	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
Sphère > 0 et sphère+ cylindre ≤ + 8	100 €	80 €	150 €	125 €	200 €	175 €
Sphère de – 8 à 0 et cylindre (+) > + 4	120 €	100 €	250 €	200 €	350 €	300 €
Sphère > 0 et sphère+ cylindre > + 8	120 €	100 €	250 €	200 €	350 €	300 €
Sphère < – 8 et cylindre (+) ≥ + 0,25	120 €	100 €	250 €	200 €	350 €	300 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.