

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux



CCN ORGANISMES DE FORMATION

IDCC 1516

En vigueur au 01/01/2021 - Ensemble du Personnel

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	130 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Sages-femmes			
	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie hors médicaments, remboursée par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits ⁽³⁾ et non remboursés par la SS	-	75 €/A/B	75 €/A/B
Contraceptif ⁽³⁾	-	100 €/A/B	100 €/A/B
Autres soins courants			
Frais de transport remboursés par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR	150 % BR	150 % BR

* limité au forfait règlementaire en vigueur


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

38 rue François Peissel
BP 99
69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com


	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement,	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Autres frais d'hospitalisation y compris maternité			
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Frais de transport remboursés par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière y compris maternité, avec nuitée, maxi 10 jours par an ⁽³⁾	-	30 €/J	30 €/J
Chambre particulière y compris maternité, en ambulatoire	-	15 €/J	15 €/J
Lit d'accompagnement - maxi 10 jours par an ⁽³⁾	-	30 €/J	30 €/J

* limité au forfait règlementaire en vigueur


	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
OPTIQUE ⁽⁴⁾			
Équipement composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Verres et monture de CLASSE A et prestations supplémentaires 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres Équipements ⁽⁵⁾ – Forfait pour deux verres et une monture			
Verres et monture de CLASSE B ⁽⁵⁾			
Équipement simple (monture + 2 verres simples de classe B)	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B)	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Équipement mixte (monture + 1 verre simple de classe B+ 1 verre complexe de classe B)	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou de classe B			
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV*	100 % BR dans la limite des PLV*	100 % PLV*
Supplément pour verres avec filtres de classe A ou de classe B	100 % BR dans la limite des PLV*	100 % BR dans la limite des PLV*	100 % PLV*
Autres suppléments pour verres de classe A ou de classe B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS ^{(3) (6)}	100 % BR + 60 €/A/B**	100 % BR + 60 €/A/B**	100 % BR + 60 €/A/B**
Lentilles non prises en charge par la SS ⁽³⁾	60 €/A/B**	60 €/A/B**	60 €/A/B**
Chirurgie réfractive ⁽³⁾ (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 € par œil/A/B	400 € par œil /A/B	400 € par œil /A/B

* Le respect de la limite des PLV (Prix Limite de Vente) 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).

** Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (et non séparément).

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins : panier 100 % Santé – panier maîtrisé – panier libre, tels que définis réglementairement			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Panier 100 % SANTÉ 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlays du panier modéré, dans la limite des HLF*	120 % BR	120 % BR	100 % FR
Inlay-onlays du panier libre	120 % BR	120 % BR	120 % BR
Prothèses			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré, dans la limite des HLF*	275 % BR	275 % BR	100 % FR
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier libre	275 % BR	275 % BR	275 % BR
Inlay-Core du panier modéré, dans la limite des HLF*	150 % BR	150 % BR	100 % FR
Inlay-Core du panier libre	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Parodontologie prise en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽³⁾	60 €/A/B	60 €/A/B	60 €/A/B
Implantologie : implants dentaires hors pilier, hors scanner ⁽³⁾	200 € /A/B	200 € /A/B	200 € /A/B

* 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)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
AIDES AUDITIVES ⁽⁷⁾			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipement 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 ⁽⁸⁾			
Appareil auditif/oreille, personne >= 20 ans	100 % BR	200 % BR	1 700 €
Appareil auditif/oreille, personne < 20 ans ou atteinte de cécité (entendue comme acuité visuelle < 1/20 ^e après correction)	100 % BR	100 % BR	1 700 €
Autres dispositifs auditifs			
Piles acoustiques* et autres consommables ou accessoires pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR

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

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
PRÉVENTION			
Médecine Douce ^{(3) (9)} :			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS, recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement répertorié au répertoire FINESS : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur	40 € par séance Maxi 4 séances /A/B	40 € par séance Maxi 4 séances /A/B	40 € par séance Maxi 4 séances /A/B
Psychomotricien non pris en charge par la SS	-	100 % FR pour le bilan + 15 € /séance	100 % FR pour le bilan + 15 € /séance
Cures thermales remboursées par la SS			
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention			
Remboursés par la SS et définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR	100 % BR

PRESTATIONS AU TITRE DU DEGRÉ ELEVE DE SOLIDARITE (DES)*

Financement, pendant une période de 1 an, au titre du Degré Elevé de Solidarité (DES), de 100 % de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.

* Prestation non contributive, versée dans la limite du fonds DES disponible

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : An | **B** : Bénéficiaires | **J** : jour
PLV : Prix Limite de Vente | **LPP** : Liste des Produits et Prestations | **HLF** : Honoraire Limite de Facturation

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

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

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale :

Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans,

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant 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 suivantes, limitativement prévues par la LPP :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue, dans les limites ci-dessus, doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique, 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 définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératoplasties évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive) ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A (hors remboursement SS), pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A (hors remboursement SS), pour les verres de classe B.

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.

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

* Le verre neutre est compris dans cette classe.

(6) 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.

(7) 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.

(8) Le remboursement total des aides auditives de classe II couvre le montant minimum de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable » et est plafonné, conformément à cette même réglementation, à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale et le cas échéant, indemnités versées par tout autre régime complémentaire, compris).

(9) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances par an et par bénéficiaire est commune à l'ensemble des professionnels de santé concernés (ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur).