Vos garanties

Régime d'accueil de Frais de Santé

mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité

Groupe APICIL

CCN 66 IDCC 413

Accord conventionnel – Avenant n° 342

Base + Option 1 - Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2018

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT TOTAL (Dans la limite des frais réels, y compris remboursement de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en forfait)
	Base + Option 1
L'HOSPITALISATION**	
Conventionné - Frais de séjour	200 % BR
Conventionné - Honoraires, praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO* (Y compris maternité) : Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), Actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM)	220 % BR
Conventionné - Honoraires, praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO* (y compris maternité) : Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), Actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM)	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Forfait actes lourds***	100 % FR
Chambre particulière (y compris maternité) en établissement conventionné	100 % FR, limité à 2 % PMSS/jour
Lit d'accompagnant en établissement conventionné	100 % FR, limité à 1,5 % PMSS/jour
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS**	
Consultations et visites généralistes, praticiens signataires ou non OPTAM/OPTAM-CO*	100 % BR
Consultations et visites spécialistes, praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO*	200 % BR
Consultations et visites spécialistes, praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	180 % BR
Pharmacie	100 % BR
Analyses médicales et examens de biologie	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes Techniques Médicaux (ATM), actes de petite chirurgie (ADC), praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO*	170 % BR
Actes Techniques Médicaux (ATM), actes de petite chirurgie (ADC), praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	150 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO*	145 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	125 % BR
Orthopédie et autres prothèses	200 % BR
Appareils auditifs (remboursement total au minimum égal à 100 % BR)	20 % PMSS par oreille (maxi 2 oreilles/A/B)
Frais de transport	100 % BR
L'OPTIQUE (1)	
Adulte (1) : limité à un équipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans, sauf évolution de la vue, médicalement constatée. Enfant (- de 18 ans) : limité à un équipement (monture et 2 verres) par an.	
Monture (adulte/enfants) et verres	Grille optique n° 1
Lentilles tous types	3 % PMSS/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil	22 % PMSS/A/B

MUTUELLE INTEGRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18.
La gestion est assurée par MICILS, Mutuelle du Groupe APICIL, siège social sis 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire.

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

LE DENTAIRE	
Soins dentaires	100 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	250 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	7 % PMSS /A/B
Implantologie	22 % PMSS par A/B
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	**Dans la limite de 1 050 € par an et par bénéficiaire** (2)
- Dents du sourire (incisives, canines et prémolaires)	325 % BR
- Dents de fond de bouche	200 % BR
- Inlays-cores	200 % BR
LES PRESTATIONS ELARGIES	
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	25 €/séance, dans la limite de 4 séances/A/B
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Actes de prévention (visés par l'arrêtés du 08/06/2006	100 % BR

GRILLE OPTIQUE n° 1	REMBOURSEMENTS mutuelle (par verre)	
	Enfants < 18 ans	**Adultes**
Monture	90 €	130 €
Verre simple foyer, sphérique		
Sphère de - 6 à + 6 dioptries	55 €	75 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10 dioptries	75 €	100 €
Sphère < - 10 ou > + 10 dioptries	95 €	125 €
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique		
Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	65 €	85 €
Cylindre < + 4 sphère de < - 6 à > + 6 dioptries	85 €	110 €
Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6 dioptries	105 €	135 €
Cylindre > + 4 sphère de < -6 à > + 6 dioptries	125 €	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique		
Sphère de - 4 à + 4 dioptries	115 €	160 €
Sphère < - 4 ou > + 4 dioptries	135 €	175 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
Sphère de - 8 à + 8 dioptries	145 €	180 €
Sphère < - 8 ou > + 8 dioptries	165 €	200 €

* OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles ont remplacé, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).
Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.
Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO.

** Dans le cadre du contrat responsable, pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le ticket modérateur est systématiquement couvert, le remboursement se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le tarif d'autorité.

*** Montant forfaitaire, pour les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros (Décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).

(1) Conformément au décret n° 204-1374 du 18/11/2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs (- de 18 ans) et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée auquel cas le délai est ramené à 12 mois.

(2) Au-delà du forfait annuel, la garantie qui s'applique est de 125 % BR pour chaque acte conformément au décret n° 2014 – 1025 du 8 septembre 2014.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, le contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins.

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.

BR : Base de Remboursement ; **SS** : Sécurité sociale ; **FR** : Frais réels ; **B** : Bénéficiaire ; **A** : Année ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; **TM** : Ticket Modérateur ; **J** : Jour