

Vos garanties

Régime frais médicaux : Bases

Offre sectorielle IDCC 1979

Hôtels – Cafés – Restaurants

garanties en vigueur au 01/04/2018

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT TOTAL (dans la limite des frais réels y compris remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les prestations au ticket modérateur et en forfait euros)			
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
L'HOSPITALISATION^(*)				
Frais de séjour en établissement conventionné sauf maternité	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné sauf maternité	100 % BR - SS	140 % BR - SS	170 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens signataires OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾ : honoraires conventionnés (chirurgie - anesthésie - réanimation) sauf maternité	330 % BR - SS	480 % BR - SS	500 % BR - SS	500 % BR - SS
Praticiens NON signataires OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾ : honoraires conventionnés (chirurgie - anesthésie - réanimation) sauf maternité	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Honoraires non conventionnés sauf maternité	100 % BR - SS	120 % BR - SS	140 % BR - SS	150 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire sur les actes techniques y compris médecine de ville (actuellement : 18 € par acte)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière conventionnée y compris maternité et ambulatoire	50 €/jour	50 €/jour	80 €/jour	120 €/jour
Frais de lit d'accompagnant	15 €/jour	30 €/jour	50 €/jour	70 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours Remboursement dès le 15 ^e jour ^{(2) (3)}	-	4 €/jour	6 €/jour	8 €/jour
LES FRAIS MÉDICAUX COURANTS^(*)				
Praticiens conventionnés signataires OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾ : consultations - visites généralistes/spécialistes	120 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾ : consultations - visites généralistes/spécialistes	100 % BR - SS	130 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Radiologie, acte d'imagerie et d'échographie OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS
Radiologie, acte d'imagerie et d'échographie hors OPTAM et OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés : consultations-visites généralistes/spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, actes d'imagerie et d'échographie	100 % BR - SS	120 % BR - SS	140 % BR - SS	150 % BR - SS
Analyses médicales	100 % BR - SS	120 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS
Auxiliaires médicaux	100 % BR - SS	120 % BR - SS	220 % BR - SS	250 % BR - SS
Transport accepté par la SS	100 % BR - SS	110 % BR - SS	120 % BR - SS	130 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
L'APPAREILLAGE				
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé,...) Forfait supplémentaire en € ⁽²⁾	100 % BR - SS -	100 % BR - SS 100 €	100 % BR - SS 300 €	100 % BR - SS 500 €
Orthopédie et prothèses autres que dentaires et auditives et petit appareillage remboursé par la SS	160 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	400 % BR - SS
Devis conseil obligatoire/En l'absence de devis préalable le remboursement sera limité au panier de soins				
Prothèses auditives : limitées à 2 par an Forfait supplémentaire en €/oreille	125 % BR - SS 400 €	130 % BR - SS 500 €	220 % BR - SS 500 €	400 % BR - SS 600 €
L'OPTIQUE^(***)				
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS y compris jetables ^{(2) (4)}	250 €	280 €	300 €	350 €
Chirurgie réfractive ⁽²⁾	-	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil
Devis conseil obligatoire pour les équipements optiques (M + V)/En l'absence de devis préalable le remboursement sera limité au panier de soins				
Monture + Verres à simple foyer : verres unifocaux "forfait" ^{(5) (6)} y compris montant monture maxi	470 € dont 100 € de monture maxi	470 € dont 100 € de monture maxi	470 € dont 100 € de monture maxi	470 € dont 100 € de monture maxi
Monture + Verres complexes : verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux "forfait" ^{(5) (6)} y compris montant monture maxi	700 € dont 100 € de monture maxi	700 € dont 100 € de monture maxi	730 € dont 100 € de monture maxi	750 € dont 100 € de monture maxi
Monture + Verres hyper complexes : verres multifocaux et progressifs à forte correction "forfait" ^{(7) (6)} y compris montant monture maxi	730 € dont 100 € de monture maxi	780 € dont 100 € de monture maxi	800 € dont 100 € de monture maxi	850 € dont 100 € de monture maxi

SANTÉ

MICILS, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRÈNE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

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



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT TOTAL (dans la limite des frais réels y compris remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les prestations au ticket modérateur et en forfait euros)			
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
LE DENTAIRE				
Soins dentaires	100 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS
Onlays - Inlays	270 % BR - SS	350 % BR - SS	400 % BR - SS	450 % BR - SS
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽²⁾	-	50 €	70 €	100 €
Parodontologie ⁽²⁾	-	100 €	150 €	200 €
Devis préalable obligatoire si facture > 2 000 €/En l'absence de devis préalable le remboursement sera limité au panier de soins				
Orthodontie acceptée par la SS	270 % BR - SS	350 % BR - SS	400 % BR - SS	500 % BR - SS
Orthodontie refusée par la SS ^(*) : assuré de moins de 25 ans ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS ⁽⁹⁾ :				
- dents du sourire	310 % BR - SS	370 % BR - SS	420 % BR - SS	500 % BR - SS
- dents du fond de bouche	310 % BR - SS	350 % BR - SS	380 % BR - SS	400 % BR - SS
Inlay-cores ⁽⁹⁾	310 % BR - SS	350 % BR - SS	380 % BR - SS	400 % BR - SS
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ^(**) (pilliers et intermédiaires de bridge)	240 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR
Implantologie : limité à 2 implants ⁽²⁾	-	200 €/implant	500 €/implant	600 €/implant
LES FRAIS DE CURES THERMALES (hors thalassothérapie)				
Cure acceptée par la Sécurité sociale y compris frais de transport et d'hébergement	TM	120 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS
LES MÉDECINES DOUCES (praticiens disposant d'un diplôme d'État ou n° ADELI) et KIT PRÉVENTION				
Ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, psychomotricien, psychologue, pédicure-podologue, acupuncteur ⁽²⁾	50 €/séance 6 séances maxi	50 €/séance 6 séances maxi	50 €/séance 6 séances maxi	50 €/séance 6 séances maxi
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁾	-	15 €	25 €	35 €
Complément équipements post cancer ⁽¹⁰⁾ : post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁾⁽¹¹⁾	-	250 €	250 €	500 €
Ostéodensitométrie ⁽²⁾	-	-	30 €	50 €
Sevrage tabagique ⁽²⁾	80 €	80 €	100 €	100 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁾⁽¹¹⁾	-	20 €	20 €	20 €
LA MATERNITÉ				
Allocation naissance ou adoption (par enfant et sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	8 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS et limitée à 2 ⁽²⁾	-	100 €/FIV	150 €/FIV	150 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²⁾	-	100 €	150 €	150 €
Contraception prescrite et non remboursée SS ⁽²⁾	3 % PMSS	3 % PMSS	3,5 % PMSS	3,5 % PMSS

Remboursements donnés 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 dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous garantissons tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur et dont la liste figure dans votre notice d'information.

BR : Base de Remboursement ; **SS** : Sécurité Sociale ; **FR** : Frais Réels ; **TM** : Ticket Modérateur ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; **J** : Jour ; **M** : Monture ; **V** : Verre

(*) La base de remboursement des praticiens et honoraires non conventionnés est le tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(**) Prothèse : remboursement sur une BR reconstituée/Orthodontie : remboursement sur une BR reconstituée sur un TO90.

(***) Tous les deux ans par bénéficiaire (la période de deux ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement) : sauf pour les mineurs ou pour les renouvellements justifiés par une évolution de la vue (le remplacement est alors annuel).

⁽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⁾ Par an et par bénéficiaire.

⁽³⁾ Limité à 900 €.

⁽⁴⁾ Pour les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale le remboursement s'entend ticket modérateur compris.

⁽⁵⁾ Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est <= + 4 dioptries.

⁽⁶⁾ Verres unifocaux forte correction : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

⁽⁷⁾ Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

⁽⁸⁾ Les forfaits "Optique" ne comprennent pas les remboursements de la Sécurité sociale mais comprennent ceux du ticket modérateur.

Les remboursements des verres et de la monture se font dans la limite des plafonds légaux prévus pour les équipements optiques des contrats responsables.

⁽⁹⁾ Couronnes et bridges, inlay-cores et inlays à clavette, y compris prothèse sur implant : joindre une facture détaillant le n° des dents.

⁽¹⁰⁾ Complément post cancer exclusivement sur prothèse capillaire, prothèse mammaire et lingerie post mastectomie.

⁽¹¹⁾ Remboursement sur facture nominative.

Surcomplémentaires à disposition des salariés en complément du régime de base souscrit par l'entreprise :

NIVEAUX SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ ACCESSIBLES			
	SURCOMP F 2	SURCOMP F 3	SURCOMP F 4
Formule 1 = Régime de Base	OUI	OUI	OUI
Formule 2	-	OUI	OUI
Formule 3	-	-	OUI
Formule 4	-	-	-

SANTÉ

MICILS, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRÈNE sous le numéro 302 927 553 dont le siège social est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

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

