

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 1



Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient) hors hospitalisation ambulatoire	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 30 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	26,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	119,79 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	13,80 €	32,10 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	67 €	23 €	14,10 €	13,80 €	39,10 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

**Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024, publiée au JORF du 21 juin 2024 et appliquée au 22 décembre 2024.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	108 €	377 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	320 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	34,85 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	34,97 € (par verre) + 29,97 € (monture)	75 € (par verre) + 116 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	84,97 € (par verre) + 29,97 € (monture)	158 € (par verre) + 116 € (monture)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération correctrice de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>1 582 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>260 €</i>	<i>1 082 €</i>

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP23/FCR0185 - MAJ Décembre 2024

Document non contractuel à caractère informatif.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 2



Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient) hors hospitalisation ambulatoire	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 50 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 2

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	67 €	23 €	14,10 €	25,30 €	27,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

**Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024, publiée au JORF du 21 juin 2024 et appliquée au 22 décembre 2024.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 2

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	168 €	317 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707 €	193,50 €	193,50 €	387 €	126,50 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	34,85 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	59,97 € (par verre) + 79,97 € (monture)	50 € (par verre) + 66 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	109,97 € (par verre) + 79,97 € (monture)	133 € (par verre) + 66 € (monture)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 2

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Selon contrat et dans la limite de 125 €</i>	<i>Non connu</i>
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	<i>Non connu</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non remboursé</i>	<i>Non garanti</i>	<i>Non connu</i>
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>950 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>710 €</i>	<i>0 €</i>
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	<i>1 582 €</i>	<i>400 €</i>	<i>240 €</i>	<i>460 €</i>	<i>882 €</i>

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP23/FCR0185 - MAJ Décembre 2024

Document non contractuel à caractère informatif.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 3



Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient) hors hospitalisation ambulatoire	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 60 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 3

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	67 €	23 €	14,10 €	29,90 €	23 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

**Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024, publiée au JORF du 21 juin 2024 et appliquée au 22 décembre 2024.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 3

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	288 €	197 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707 €	193,50 €	193,50 €	513,50 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	34,85 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	74,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	35 € (par verre) + 46 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	149,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	93 € (par verre) + 46 € (monture)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 3

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 175 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 300 €	Non connu
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	660 €	682 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP23/FCR0185 - MAJ Décembre 2024

Document non contractuel à caractère informatif.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 4



Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient) hors hospitalisation ambulatoire	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 80 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 4

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €* 	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €* 	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €* 	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	67 €	23 €	14,10 €	29,90 €	23 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

**Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024, publiée au JORF du 21 juin 2024 et appliquée au 22 décembre 2024.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 4

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	288 €	197 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707 €	193,50 €	193,50 €	513,50 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	34,85 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	99,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	10 € (par verre) + 46 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	199,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	43 € (par verre) + 46 € (monture)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 4

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 185 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 400 €	Non connu
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	860 €	482 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP23/FCR0185 - MAJ Décembre 2024

Document non contractuel à caractère informatif.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 5



Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient) hors hospitalisation ambulatoire	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 100 €/jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 5

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	37 €**	37 €**	23,90 €**	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	67 €	23 €	14,10 €	29,90 €	23 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€.

**Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024, publiée au JORF du 21 juin 2024 et appliquée au 22 décembre 2024.

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 5

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	468 €	17 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707 €	193,50 €	193,50 €	513,50 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € (monture)	7,65 € par verre + 5,40 € (monture)	34,85 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	73,80 € par verre + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : Verres simples et monture (plus de 16 ans)</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	109,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	0 € (par verre) + 46 € (monture)
<i>Ex : Verres progressifs et monture (plus de 16 ans)</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	242,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	0 € (par verre) + 46 € (monture)

Exemples de Remboursement¹ 2025

API SANTÉ - Gamme Sérénité Niveau 5

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
OPTIQUE					
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 300 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat et dans la limite de 500 €	Non connu
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	960 €	382 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

APICIL Mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon.

SP23/FCR0185 - MAJ Décembre 2024

Document non contractuel à caractère informatif.

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
SOINS COURANTS					
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires médicaux					
Consultations, visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie					
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux					
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Psychologues pris en charge par la SS ⁽³⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Autres soins courants					
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Médicaments					
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Matériel médical					
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽⁴⁾	100 % BR - SS 100 €	100 % BR - SS 300 €	100 % BR - SS 500 €	100 % BR - SS 1 000 €	100 % BR - SS 2 000 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS

(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) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « MonParcoursPsy », dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.

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

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | € : euros

APICIL MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Inscrite au répertoire SIRENE N°302 927 553

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

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
HOSPITALISATION					
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité					
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie					
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier					
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation					
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - hors hospitalisation ambulatoire - y compris maternité ⁽³⁾	30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁴⁾	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁵⁾	20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) ⁽⁶⁾		20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour

(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) Limite par an et par bénéficiaire : à 30 jours pour les séjours en psychiatrie, à 180 jours pour les autres séjours. S'entend par année civile.

(4) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile.

(5) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.

(6) Limité à 15 jours par hospitalisation.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | € : euros

APICIL MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Inscrite au répertoire SIRENE N°302 927 553

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

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
OPTIQUE⁽¹⁾					
Équipements Verres et 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				
Autres équipements - Forfait pour deux verres et une monture					
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.					
Verres et monture de CLASSE B					
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	100 € dont 30 € maxi monture	200 € dont 80 € maxi monture	250 € dont 100 € maxi monture	300 € dont 100 € maxi monture	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	200 € dont 30 € maxi monture	300 € dont 80 € maxi monture	400 € dont 100 € maxi monture	500 € dont 100 € maxi monture	650 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	250 € dont 30 € maxi monture	350 € dont 80 € maxi monture	450 € dont 100 € maxi monture	550 € dont 100 € maxi monture	700 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique					
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR - SS				
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽³⁾		125 €	175 €	185 €	300 €
Chirurgie réfractive ⁽⁴⁾			300 €/œil	400 €/œil	500 €/œil

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement 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 adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.
 (2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître
 (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. 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.
 (4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Lexique :
BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | € : euros

APICIL MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Inscrite au répertoire SIRENE N°302 927 553


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

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
DENTAIRE⁽¹⁾					
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				
Soins					
Soins des paniers modéré et libre	120 % BR - SS	150 % BR - SS	180 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Prothèses					
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.					
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS	350 % BR - SS	500 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	300 % BR - SS	450 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽³⁾	100 €	200 €	300 €	300 €	300 €
Plafond de remboursement dentaire 1 ^{re} année ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS	500 €	700 €	800 €	800 €	1 000 €
Plafond de remboursement dentaire 2 ^e année et suivantes ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS	800 €	1 000 €	1 200 €	1 200 €	1 500 €
Autres dispositifs dentaires					
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable.					
Orthodontie prise en charge par la SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	400 % BR - SS	500 % BR - SS
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽³⁾	100 €	150 €	200 €	200 €	350 €
Forfait Implantologie (prise en charge exclusive de l'implant) limité à 2 implants ⁽³⁾		250 €/implant	500 €/implant	500 €/implant	700 €/implant

(1) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.

(2) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.

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

(4) Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | € : euros

APICIL MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Inscrite au répertoire SIRENE N°302 927 553


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

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PRESTATIONS GARANTIES	Sérénité 1	Sérénité 2	Sérénité 3	Sérénité 4	Sérénité 5
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾					
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					
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable					
Équipement de CLASSE II ⁽²⁾					
Appareil auditif	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en €/oreille	100 €/oreille	300 €/oreille	500 €/oreille	700 €/oreille	800 €/oreille
Autres dispositifs auditifs					
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

(1) 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.

(2) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise).

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | € : euros

APICIL MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Inscrite au répertoire SIRENE N°302 927 553

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

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Sérénité



PACK CONFORT SENIORS - en option

3 FORMULES AU CHOIX

PRESTATIONS GARANTIES	PC1	PC2	PC3
Professionnels de santé non pris en charge par la SS⁽¹⁾⁽²⁾ : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, naturopathe, hypnothérapeute, homéopathe et sophrologue	30 € / séance 5 séances max	40 € / séance 5 séances max	50 € / séance 5 séances max
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾	40 € / an	60 € / an	80 € / an
Cure thermale : Honoraires et frais pris en charge par la SS ⁽²⁾	100 % BR-SS	125 % BR-SS	150 % BR-SS
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ^{(1) (3)}	250 € / an	500 € / an	1000 € / an

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

(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Pack Confort.

(3) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros

A noter : Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. 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 : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre notice d'information. Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.

APICIL MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Inscrite au répertoire SIRENE N°302 927 553

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