

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)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non garanti	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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<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 un 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 médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans</i>	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire + 13 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	2 € de participation forfaitaire + 43 €
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>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €
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>	515 €	120 €	72 €	443 €	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>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	48,00 €	441,99 €
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>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,60 €

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					
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</i>	42,5 € (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</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 + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	111,95 € (par verre) + 147,95 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	245,95 € (par verre) + 147,95 € (monture)
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 (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</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 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>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	160 €	1 115 €

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

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/>)

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.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

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)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	35,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	132,79 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<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 un 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 médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	13,80 €	32,1 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	13,80 €	2 € de participation forfaitaire + 36,1 €
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>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
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>	515 €	120 €	72 €	443 €	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>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	72,00 €	417,99 €
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>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	423,85 €

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					
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</i>	42,5 € (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</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 + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	34,97 € (par verre) + 29,97 € (monture)	77 € (par verre) + 118 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	84,97 € (par verre) + 29,97 € (monture)	161 € (par verre) + 118 € (monture)
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 (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</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 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>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	260 €	1 015 €

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

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/>)

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.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

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)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<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 un 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 médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</i>	62 €	23 €	16,10 €	25,30 €	20,6 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	25,30 €	2 € de participation forfaitaire + 24,6 €
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>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
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>	515 €	120 €	72 €	443 €	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>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	108,00 €	381,99 €
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>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	327,10 €

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					
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</i>	42,5 € (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</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 + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	59,97 € (par verre) + 79,97 € (monture)	52 € (par verre) + 68 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	109,97 € (par verre) + 79,97 € (monture)	136 € (par verre) + 68 € (monture)
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>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	125 €	Non connu
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>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non garanti	Non connu
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>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	360 €	915 €

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

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/>)

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.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

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)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<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 un 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 médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	2 € de participation forfaitaire + 20 €
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>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
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>	515 €	120 €	72 €	443 €	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>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	168,00 €	321,99 €
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>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	133,60 €

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					
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</i>	42,5 € (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</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 + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	74,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	37 € (par verre) + 48 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	149,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	96 € (par verre) + 48 € (monture)
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>	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	175 €	Non connu
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>	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	Non garanti	Non connu
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>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	460 €	815 €

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

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/>)

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.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

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)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<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 un 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 médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	2 € de participation forfaitaire + 20 €
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>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
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>	515 €	120 €	72 €	443 €	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>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	201,99 €
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>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €

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					
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</i>	42,5 € (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</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 + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	99,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	12 € (par verre) + 48 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	199,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	46 € (par verre) + 48 € (monture)
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 (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	185 €	<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>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	560 €	715 €

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

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/>)

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.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

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)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	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	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	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	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
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	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<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 un 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 médicale)</i>	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	53 €	40 €	26 €	25 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour un 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 médicale)</i>	66 €	23 €	14,10 €	29,90 €	2 € de participation forfaitaire + 20 €
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>	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €
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>	515 €	120 €	72 €	443 €	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>	561,99 €	120,00 €	72,00 €	468,00 €	21,99 €
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>	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €

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					
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</i>	42,5 € (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</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 + monture</i>	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	111,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	0 € (par verre) + 48 € (monture)
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	245,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	0 € (par verre) + 48 € (monture)
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 (dans le cas général)</i>	<i>Non remboursé (dans le cas général)</i>	300 €	<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>	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
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 515 €	400 €	240 €	660 €	615 €

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

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/>)

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.

SP22/FCR0122 - MAJ novembre 2025

Document non contractuel à caractère informatif.

Garanties en vigueur au 01/01/2026

PRESTATIONS GARANTIES	Equilibre 1	Equilibre 2	Equilibre 3	Equilibre 4	Equilibre 5	Equilibre 6
SOINS COURANTS						
Analyses et examens de laboratoire						
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	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-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	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 : infirmier, orthophoniste, orthoptiste, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien	100 % BR - SS	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	100 % BR - SS
Autre soin courant						
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments						
Pharmacie à Service Médical Rendu majeur ou important	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie à Service Médical Rendu modéré		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie à Service Médical Rendu faible		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % 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 d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).

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

(3) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », dans la limite d'un nombre de séances défini règlementairement (informations sur le site ameli.fr)

Lexique :



BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Équilibre



PRESTATIONS GARANTIES	Equilibre 1	Equilibre 2	Equilibre 3	Equilibre 4	Equilibre 5	Equilibre 6
MATÉRIEL MÉDICAL						
Fauteuil roulant/VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)						
Fauteuil roulant/VPH : un panier de soins⁽⁴⁾						
Fauteuil roulant/VPH 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Fauteuil roulant/VPH en forfait de location courte dans la limite des forfaits tels que définis réglementairement ⁽⁴⁾			Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ			
Prothèse capillaire et accessoires						
Prothèse capillaire : quatre classes d'équipement						
Matériel médical 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Prothèse capillaire Classe II et un accessoire textile ⁽⁵⁾			Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% SANTÉ			
Autre matériel médical						
Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Prothèse capillaire Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile ⁽⁵⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV) - (exemples : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux) ⁽⁶⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Autre matériel médical						
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) - exemples : lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽⁷⁾	100 % BR - SS	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 (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS

(4) Limité à la durée de location et aux forfaits tels que définis réglementairement. La location courte durée est uniquement prise en charge dans le cadre du 100 % SANTE. La location longue durée et l'achat sont pris en charge intégralement par la SS, il n'y a donc pas de prise charge complémentaire (informations sur le site amell.fr).

(5) Limité à 1 prise en charge par an et par bénéficiaire. La prescription est renouvelable tous les 12 mois. Chaque prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne automatiquement de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue. Concerne les prothèses délivrées par un distributeur agréé spécialisé dont la liste est disponible sur le site e-cancer.com

(6) Cette garantie s'applique uniquement si vous ne souhaitez pas de prothèse capillaire, dans la limite de 3 accessoires par an et par bénéficiaire. Sont applicables la base de remboursement de la SS et le PLV en vigueur à la date de délivrance des accessoires.

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

Lexique :
BR : Base de Remboursement | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros | **PLV** : Prix Limite de Vente

APICIL MUTUELLE

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
 TSA 95568
 69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Équilibre



PRESTATIONS GARANTIES	Equilibre 1	Equilibre 2	Equilibre 3	Equilibre 4	Equilibre 5	Equilibre 6
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-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	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	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	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	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	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfait patient urgences	100 % FR	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 d'Anesthésie, de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-ACO).

(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 adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières et la maison de répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.

(6) Limité à 30 jours par hospitalisation.

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **FR-SS** : S'entend à hauteur des Frais Réels moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **C** : euros

APICIL MUTUELLE

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Équilibre



PRESTATIONS GARANTIES	Equilibre 1	Equilibre 2	Equilibre 3	Equilibre 4	Equilibre 5	Equilibre 6
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 % BR - SS	100 € dont 30 € monture max	200 € dont 80 € monture max	250 € dont 100 € monture max	300 € dont 100 € monture max	420 € dont 100 € monture max
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	100 % BR-SS	200 € dont 30 € monture max	300 € dont 80 € monture max	400 € dont 100 € monture max	500 € dont 100 € monture max	650 € dont 100 € monture max
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	100 % BR-SS	250 € 30 € monture max	350 € 80 € monture max	450 € 100 € monture max	550 € 100 € monture max	700 € 100 € monture max
Autres dispositifs de correction optique						
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR - 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 verres (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 les modalités de calcul du

(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 | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros

APICIL MUTUELLE

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

PRESTATIONS GARANTIES	Equilibre 1	Equilibre 2	Equilibre 3	Equilibre 4	Equilibre 5	Equilibre 6
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	100 % BR - SS	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % 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, inlays-cores sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS	500 % BR - SS
Prothèses fixes, inlays-cores sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	450 % BR - SS
Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.						
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽³⁾			100 €	200 €	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 €	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 €	1 500 €
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	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS	500 % BR - SS
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽³⁾			100 €	150 €	200 €	350 €
Forfait Implantologie (prise en charge exclusive de l'implant) limité à 2 implants ⁽³⁾				250 €/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 | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Équilibre



PRESTATIONS GARANTIES	Equilibre 1	Equilibre 2	Equilibre 3	Equilibre 4	Equilibre 5	Equilibre 6
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾						
Aides auditives : deux classes d'équipement						
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	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en €/oreille		100 €/oreille	200 €/oreille	300 €/oreille	400 €/oreille	500 €/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	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 | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement **moins** le remboursement de la Sécurité Sociale | **€** : euros

APICIL MUTUELLE

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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com

Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

API Santé - Gamme Équilibre



PACK CONFORT JEUNES ET FAMILLES - 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 et contraception prescrits non pris en charge par la SS ⁽¹⁾	40 € / an	60 € / an	80 € / an
Allocation naissance ou adoption par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	100 € / enfant	200 € / enfant	400 € / enfant
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS et limitées à 2 par an ⁽¹⁾	100 € / FIV	200 € / FIV	300 € / FIV
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.

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 ⁽³⁾	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) (4)}	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) Ne concerne que les honoraires et frais pris en charge par la Sécurité sociale.

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

Lexique :

BR : Base de Remboursement | **SS** : Sécurité Sociale | **BR-SS** : S'entend à hauteur de la Base de Remboursement moins le remboursement de la 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

51 boulevard Marius Vivier-Merle
TSA 95568
69501 LYON CEDEX 03
www.apicil.com