Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

SOLIDARITÉ COMMUNALE

En vigueur au 01/01/2024

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS du régime complémentaire		
	SCO	SCO Sérénité	SCO Confort
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Honoraires paramédicaux			
Soins infirmiers professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Consultations de psychologues partenaires du dispositif MonPsy, dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR – SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS
Pharmacie remboursée à 30 % et à 15 %	-	100 % BR – SS	100 % BR – SS
Autres soins courants			
Frais de transport en ambulance, taxi conventionné, hors SMUR, accepté par la SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS
Vaccins antigrippe	-	100 % BR – SS	100 % BR – SS
Ostéodensitométrie non prise en charge par la SS	-	23 € par acte	23 € par acte
Matériel médical :			
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR – SS	100 % BR – SS	120 % BR – SS
Petit appareillage pris en charge par la SS, exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire)	100 % BR – SS	100 % BR – SS	120 % BR – SS

HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité et hospitalisation à domicile			
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO [1]	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO [1]	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Praticiens non conventionnés [2]	100 % BR – SS	100 % BR – SS	130 % BR – SS
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement, sans limitation de durée	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Participation forfait actes lourds, sans limitation de durée	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Forfait Patient Urgences	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière - médecine, chirurgie et maternité (hors psychiatrie) - maxi 60 jours/an [3]	-	25 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière - séjour en rééducation fonctionnelle ou motrice, en maison de repos et centre de convalescence (hors psychiatrie) - maxi 30 jours/an [3]	-	25 €/jour	50 €/jour
Lit d'accompagnant en secteur conventionné, bénéficiaire de moins de 12 ans ou à partir de 70 ans – maxi 20 jours/an [3]	-	8 €/jour	10 €/jour
Télévision/téléphone - maxi 30 jours [3]	-	2 €/jour	2 €/jour
OPTIQUE [4]			
Devis obligatoire** avant d'engager les soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du contrat responsable			
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 [5]:			
Verres et monture de CLASSE B			
Forfait [5] monture + verres à simple foyer (verres unifocaux)	100 € dont 30 € maxi monture	130 € dont 40 € maxi monture	170 € dont 60 € maxi monture
Forfait [5] monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux)	200 € dont 30 € maxi monture	200 € dont 40 € maxi monture	230 € dont 60 € maxi monture
Forfait [5] monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction)	200 € dont 30 € maxi monture	200 € dont 40 € maxi monture	230 € dont 60 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS
+ Forfait par année civile et par bénéficiaire [3]	-	150 €/A/B	150 €/A/B
Chirurgie réfractive (forfait par œil par année civile et par bénéficiaire) - max 2 actes/an [3]	-	153 €/A/B	153 €/A/B
DENTAIRE			
Devis obligatoire** pour tout acte > 1000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du contrat responsable			
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	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Inlays-onlays des paniers modéré (dans la limite du HLF) et libre	100 % BR – SS	100 % BR – SS	150 % BR – SS
Prothèses			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS, dans la limite des paniers modéré (dans la limite du HLF) et libre	125 % BR – SS	185 % BR – SS	200 % BR – SS
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS	125 % BR – SS	125 % BR – SS	125 % BR – SS

+ Forfait par semestre et par bénéficiaire Au-delà du forfait la garantie est de 125 % - SS	-	200 €/S/B	300 €/S/B
Orthodontie non prise en charge par la SS - forfait par année civile et par bénéficiaire (3)	-	400 €/A/B	500 €/A/B
Forfait Implantologie limité à 1 implant par an (3)	-	165 €/A/B	200 €/A/B
Plafond de remboursement dentaire 1re année (6) : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge par la SS et orthodontie non prise en charge par la SS	-	1 000 €/A/B	1 000 €/A/B
Plafond de remboursement dentaire 2e année et suivantes (6) : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge par la SS et orthodontie non prise en charge par la SS	-	1 500 €/A/B	1 500 €/A/B
AIDES AUDITIVES (7)			
Devis obligatoire** pour tout acte > 1000 €. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du contrat responsable			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Equipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres équipements :			
Equipement de CLASSE II (8)			
Appareil auditif/oreille	100 % BR – SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS
Forfait supplémentaire en €/oreille	-	-	50 €/oreille
Autres dispositifs auditifs :			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS
PREVENTION			
Kit confort (3) (9) :			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue	-	25 €/séance Maxi 2 séances/A/B	25 €/séance Maxi 2 séances/A/B
Sevrage tabagique (3) - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	50 €/A/B	50 €/A/B
Pilule non prise en charge par la SS	-	50 €/A/B	50 €/A/B
Cure thermale prise en charge par la SS - limité à une cure par année civile, maxi 21 jours	100 % BR – SS	100 % BR – SS	100 % BR – SS
+ forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	100 €/A/B
ASSISTANCE			
Assistance API SERVICES	Inclus	Inclus	Inclus

*Limité au forfait règlementaire en vigueur

** Avant d'engager vos frais d'optique, de dentaire et d'aides auditives, vous devez systématiquement faire évaluer vos devis auprès d'APICIL CONSEIL. Nos services vous indiqueront votre reste à charge après remboursement des prestations SS et de votre complémentaire.

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J :** Jour | **S** : Semestre | **SMUR :** Service Médical d'Urgence Régional | **HLF :** Honoraire Limite de Facturation

Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins.

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Le 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.

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

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

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

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

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entrainant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas le délai d'un an s'applique.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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

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

(5) Autres Equipements : Les équipements optique intègrent le remboursement SS.

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

(7) Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précèdent (date d'achat). Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(8) Le remboursement total des aides auditives de classe II s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la règlementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € par oreille à appareiller au 01/01/2021, Sécurité sociale comprise).

(9) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances s'applique à l'ensemble des professionnels de soins concernés.