FRAIS DE SANTÉ

GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS PROPOSÉS PAR VOTRE COLLECTIVITÉ
AGENTS TERRITORIAUX DU DÉPARTEMENT DE L'AIN

LIVRET AGENTS

PRÉAMBULE

EDITO

- Nous sommes heureux de vous proposer l'offre frais de santé du Groupe APICIL. Les garanties et taux proposés ci-après sont le fruit de nombreux échanges visant à satisfaire la majorité d'entre vous, ainsi que vos ayants droit. L'adhésion à notre complémentaire santé vous permettra de bénéficier de la participation financière versée par votre employeur.
- Ce document spécialement conçu pour vous, agents, a pour objectif de décrire les garanties du régime complémentaire frais de santé (à adhésion facultative), ainsi que les cotisations correspondantes à votre situation familiale (Isolé, Duo, Famille).
- Vous trouverez ci-après les descriptifs de trois formules des garanties.

Pour souscrire à cette couverture ou pour toute autre question,

vous pouvez nous contacter directement.

Vos interlocuteurs :

Agence physique de Bourg en Bresse
32 rue du 4 Septembre, 01000 Bourg en Bresse
04 74 23 65 46 - agence.bourg_en_bresse@apicil.com
Ouverture du lundi au vendredi : 8 h 45 – 12 h 15 et 13 h 30 – 17 h 15

Service de conseil et de vente à distance
Conseil, affiliations, gestion des résiliations
04 26 23 83 80 - souscription-vad-agents.territoriaux@apicil.com

Les agences physiques de Lyon Lafayette et Annecy sont aussi disponibles pour vous accueillir. Pour plus d'information, visitez notre site, www.apicil.com

APICIL

Comment résilier votre complémentaire santé actuelle ?

- **CAS DE FIGURE 1 : vous n'avez pas de contrat frais de santé**

Vous pouvez adhérer à notre complémentaire à tout moment en contactant nos services.

- **CAS DE FIGURE 2 : vous avez un contrat frais de santé depuis moins d'un an et vous souhaitez adhérer au contrat APICIL au 1er janvier.**

Vous devez adresser à votre assureur actuel une lettre de résiliation avant le 31 octobre. Votre assureur résiliera votre contrat au 31 décembre.

À noter : certains contrats (très rares) peuvent prévoir des modalités de résiliation différentes, C'est la raison pour laquelle nous vous encourageons à vérifier au préalable les conditions de votre contrat, ou à contacter directement votre assureur pour vous assurer des modalités de résiliation.

- **CAS DE FIGURE 3 : vous avez souscrit un contrat frais de santé depuis plus d'un an et vous souhaitez adhérer au contrat APICIL au 1er janvier (ou en cours d'année).**

La résiliation infra annuelle vous permet de résilier votre contrat actuel à tout moment. Dans ce cas précis, votre assureur mettra un terme à votre contrat dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande de résiliation. Les services APICIL gèrent directement cette partie administrative avec votre assureur actuel dès lors que vous faites la demande d'adhésion au contrat APICIL.

Si vous souhaitez adhérer à APICIL au 1er janvier, nous vous incitons à prendre en considération ce délai de 1 mois afin d'anticiper vos démarches auprès de nos services et de bénéficier de votre nouvelle couverture à la date souhaitée.

APICIL



1 LES GARANTIES

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

VOS GARANTIES
Régime complémentaire frais médicaux

APICIL PRÉVOYANCE

EMPLOYEURS PUBLICS TERRITORIAUX DU DEPARTEMENT DE L'AIN

Régime collectif à adhésions facultatives - Agents territoriaux

	Garanties en vigueur au 1er janvier 2027	Garanties en vigueur au 1er janvier 2027	Garanties en vigueur au 1er janvier 2027
	Formule de base	**Formule N°2**	**Formule N°3**
PRESTATIONS GARANTIES	**REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*** Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	**REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*** Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	**REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*** Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	135 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés(2)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	135 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés(2)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	135 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés(2)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie : y compris densitométrie osseuse prise en charge par la SS			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	135 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO(1)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés(2)	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Psychologues pris en charge par la SS(3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments			
Pharmacie remboursée, vaccins prescrits et pris en charge par la SS, contraception prescrite et prise en charge par la SS.	100 % BR	100 % BR	100 % BR

MATERIEL MEDICAL			
Fauteuils roulants / VPH (véhicule pour personne en situation de handicap)			
Fauteuils roulants / VPH : un panier de soins[4]			
Fauteuils roulants / VPH 100% SANTÉ *tel que défini réglementairement*			
Fauteuils roulants/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	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Prothèses capillaires et accessoires			
Prothèses capillaires : quatre classes d'équipement			
Matériel médical 100% SANTÉ *tel que défini réglementairement*			
Prothèse capillaire Classe II et un accessoire textile[5]	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Autre prothèse capillaire et accessoire			
Prothèse capillaire Classe I (dans la limite du PLV) et un accessoire textile[5]	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèse capillaire Classe III (panier maîtrisé dans la limite du PLV) et un accessoire textile[5]	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèse capillaire Classe IV (panier libre) et un accessoire textile[5]	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Accessoires capillaires pris en charge par la SS (dans la limite des PLV) - (exemple : couronnes de cheveux, accessoires textiles, accessoires mixtes tissu, bande de cheveux)[6]	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Autre matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS (hors fauteuils roulants / VPH) - exemple : lit médicalisé	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait supplémentaire en euros[7]	100 €	150 €	150 €
Petit appareillage pris en charge par la SS (hors prothèses capillaires) - exemples : orthopédie, prothèses mammaires	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait supplémentaire en euros[7]	100 €	150 €	150 €

(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).

(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 % santé. 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 ameli.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.

PRESTATIONS GARANTIES	**REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*** Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	**REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*** Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	**REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE*** Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION			
Honoraires chirurgicaux, médicaux y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-ACO[1]	135 % BR	160 % BR	200 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-ACO[1]	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Praticiens non conventionnés[2]	115 % BR	140 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en établissement non conventionné	125 % BR	150 % BR	180 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité (sans limite de durée)	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)[3]	25 €/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-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 : 60 jours. S'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale
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	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Autres équipements - Forfait pour deux verres et une monture			
Verres et monture de CLASSE B			
Forfait monture + verres simples (verres unifocaux)[2][3]	110 € dont 100 € maxi monture	220 € dont 100 € maxi monture	330 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + 1 verre simple (verre unifocal) + 1 verre complexe (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal)[2][3]	155 € dont 100 € maxi monture	285 € dont 100 € maxi monture	390 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + 1 verre simple (verre unifocal) + 1 verre très complexe (verre multifocal et progressif à forte correctionl)[2][3]	180 € dont 100 € maxi monture	335 € dont 100 € maxi monture	440 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux)[2][3]	200 € dont 100 € maxi monture	350 € dont 100 € maxi monture	450 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + 1 verre complexe (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal) + 1 verre très complexe (verre multifocal et progressif à forte correctionl)[2][3]	225 € dont 100 € maxi monture	400 € dont 100 € maxi monture	500 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction)[2][3]	250 € dont 100 € maxi monture	450 € dont 100 € maxi monture	550 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS[4]	100 €	150 €	250 €
Lentilles non prises en charge par la SS[5]	100 €	150 €	250 €
Chirurgie réfractive[6]	150 €/œil	200 €/œil	350 €/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, ou en cas d'évolution de la correction (cf. notice d'information).
(2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples, 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 connaitre les modalités de calcul du remboursement.

(3) Les remboursements se font dans la limite des plafonds légaux prévus pour les équipements optiques des contrats responsables. Le montant de remboursement de la monture est limité à 100 € maximum remboursement SS inclus.

(4) 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.
(5) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
(6) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Prestation limitée à 2 actes par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale
DENTAIRE[1]			
Dentaire (soins, prothèses et autres dispositifs dentaires) : Plafond maximum de remboursement par an et par bénéficiaire : 2500€ [2]			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100% SANTÉ			
Panier 100% SANTÉ tels que définis réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Soins			
Soins	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Inlays-onlays du panier modéré	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Inlays-onlays du panier libre	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses			
Prothèses fixes, inlays-core ou appareils dentaires amovibles pris en charge par la SS du panier modéré	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses fixes, inlays-core ou appareils dentaires amovibles pris en charge par la SS du panier libre	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS[3]	150 €	250 €	300 €
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS (maxi 6 premiers semestres de traitement et 2 années de contention) par semestre et par bénéficiaire	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS (maxi 4 premiers semestres de traitement et 1 année de contention) par semestre et par bénéficiaire	200 €	350 €	450 €
Parodontologie non prise en charge par la SS[4]	100 €	150 €	200 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS[4]	100 €	100 €	100 €
Forfait implantologie (pose de l'implant, pilier implantaire et scanner)[3]	Néant	400 €/implant 1 implant maxi	500 €/implant 1 implant maxi

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

(2) 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.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Maximum 1 acte par A/B

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

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale
AIDES AUDITIVES[1]			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipement 100% SANTÉ *tels que définis réglementairement*			
Equipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Equipement de CLASSE II [2]			
Enfant (- 20 ans) : Appareil auditif	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait supplémentaire en €/oreille	400 €/oreille	600 €/oreille	600 €/oreille
Adulte (20 ans et plus) : Appareil auditif	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait supplémentaire en €/oreille	400 €/oreille	600 €/oreille	600 €/oreille
Autres dispositifs auditifs			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(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).

PRESTATIONS GARANTIES	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE* Ces prestations incluent celles servies par le régime de la Sécurité Sociale
PRESTATIONS ELARGIES			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étiopathe, psychomotricien, (disposant d'un diplôme d'état)[1][2]	40 €/séance 1 séance maxi	40 €/séance 2 séances maxi	40 €/séance 4 séances maxi
Professionnels de santé non pris en charge par la SS :Micro kinésithérapeute, pédicure-podologue, diététicien/nutritionniste, réflexologue, tabacologue, homéopathe (disposant d'un diplôme d'état)[1]	40 €	60 €	80 €
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : psychologues (disposant d'un diplôme d'état)[1]	100 €	150 €	250 €
Autres prestations non prises en charge			
Contraception non prise en charge par la SS[1]	100 €	150 €	150 €
Pharmacie prescrite non prise en charge par la SS[1]	50 €	60 €	65 €
Vaccins prescrits non pris en charge par la SS[1]	20 €	40 €	50 €
Vaccin anti-grippe prescrit non pris en charge par la SS	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Sevrage tabagique - exemple : gomme à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose, ou coaching pour l'arrêt du tabac [1]	50 €	100 €	150 €
Cure thermale prise en charge par la SS: honoraires et frais de séjour Forfait pour cure thermale prise en charge par la SS par an et par personne[3]	100 % BR 150 €	100 % BR 200 €	100 % BR 300 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré[1]	400 €	450 €	450 €

(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 mentionnés ci-dessus.
(3) Forfait pour cure thermale, sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le Régime Obligatoire, a pour objet le remboursement des frais de transport et d'hébergement (nuitée) hors frais de repas.

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.

Lexique :
BR : **B**ase de **R**emboursement - **FR** : **F**rais **R**éels - **SS** : **S**écurité **S**ociale - **€ :** euros **- PMSS : P**lafond **M**ensuel de la **S**écurité **S**ociale

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. **Le remboursement total (Sécurité Sociale + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.**



2 LES COTISATIONS

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

Cotisations Frais de santé 2027- AGENTS ACTIFS

Cotisations différenciées FORMULE DE BASE	Euros par mois
Isolé :	**48,28 €**
Duo : (2 adultes ou un adulte et 1 enfant)	**93,11 €**
Famille : (plus de 2 personnes)	**121,13 €**

Cotisations différenciées FORMULE 2	Euros par mois
Isolé :	**74,87 €**
Duo : (2 adultes ou un adulte et 1 enfant)	**137,72 €**
Famille : (plus de 2 personnes)	**175,61 €**

Cotisations différenciées FORMULE 3	Euros par mois
Isolé :	**99,41 €**
Duo : (2 adultes ou un adulte et 1 enfant)	**181,80 €**
Famille : (plus de 2 personnes)	**225,68 €**

Vos cotisations

Les cotisations affichées ci-dessus sont indexées sur l'évolution du PMSS. En fonction de l'évolution du PMSS, les cotisations sont susceptibles d'évoluer.

Cotisations Frais de santé 2027 – AGENTS RETRAITES

Cotisations différenciées FORMULE DE BASE	Euros par mois
Par agent / par conjoint : année 1	48,28 €
Par agent / par conjoint : année 2	60,35 €
Par agent / par conjoint : année 3	72,42 €
Enfant :	30,01 €

Cotisations différenciées FORMULE 2	Euros par mois
Par agent / par conjoint : année 1	74,87 €
Par agent / par conjoint : année 2	93,59 €
Par agent / par conjoint : année 3	112,31 €
Enfant :	46,54 €

Cotisations différenciées FORMULE 3	Euros par mois
Par agent / par conjoint : année 1	99,41 €
Par agent / par conjoint : année 2	124,27 €
Par agent / par conjoint : année 3	149,12 €
Enfant :	61,83 €

***Vos cotisations**

Les cotisations affichées ci-dessus sont indexées sur l'évolution du PMSS. En fonction de l'évolution du PMSS, les cotisations sont susceptibles d'évoluer.



3 LES SERVICES APICIL

- **Un espace client dédié et une appli mobile**
- **Le tiers payant**
- **API Services**
- **L’action sociale**

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

POUR VOUS

UN ESPACE CLIENT ET UNE APPLI MOBILE

Vous pouvez effectuer en toute autonomie une grande partie de vos démarches et accéder à de nombreux services.



UN ESPACE CLIENT

LES SERVICES

- ayants droit
- remboursement
- devis
- délais de traitement et contrats
- actualités
- formulaires
- réclamation et attestation sur l'honneur
- prise en charge hospitalière
- professionnel de santé professionnel du bien-être

Poser des questions à API, l'assistant virtuel du Groupe APICIL

UNE APPLI MOBILE

Pour vos remboursements, vous pouvez prendre directement votre facture en photo dans la rubrique **Demander un remboursement** et vous laisser guider.

Médecine douce, vous recevrez votre remboursement dans les 24 h.

Et aussi :

☑ Suivre vos derniers **remboursements**

☑ Effectuer une prise en **charge hospitalière**

Téléchargez l'appli mobile « APICIL, mon espace santé »

Disponible sur App Store

Disponible sur Google play



Accessible 7 j/7 et 24 h/24

L'attestation de droits tiers payant



ACTIL pour éviter l'avance des frais

À tout moment

- Consulter les droits tiers payant
- Visualiser et télécharger l'attestation de droits tiers payant
- Envoyer votre attestation à un professionnel de santé ou à vos bénéficiaires

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

POUR VOUS

LE TIERS PAYANT ACTIL

POUR ÉVITER D'AVANCER LES FRAIS DE SANTÉ

Plate-forme nationale de tiers payant créée à l'initiative du Groupe APICIL, ACTIL vous évite d'avancer les frais de santé. Ce service est accessible sur simple présentation de de votre attestation de droits tiers payant aux professionnels de santé qui le pratiquent. Cette attestation est disponible sur votre espace client.

Un tiers payant élargi auprès des professionnels de santé
Grâce aux accords de tiers payant signés avec la majorité des professionnels de santé, vous pouvez prendre soin de votre santé sans faire l'avance de frais. La couverture est généralisée sur l'ensemble du territoire national (y compris DROM) pour toutes les spécialités suivantes :

- Centres de soins/Hospitalisation
- Transports sanitaires
- Auxiliaires médicaux
- Biologie
- Pharmacie
- Radiologie
- Optique/Dentaire
- Audioprothèse
- Ostéopathe

Un réseau d'opticiens et de dentistes conventionnés

Vous bénéficiez des conseils et de la disponibilité des professionnels de santé du réseau APICIL, composé de **11 000 opticiens, 4 456 dentistes et orthodontistes conventionnés et 300 000 professionnels de santé conventionnés**, qui s'engagent à offrir des prestations de qualité à des tarifs négociés. Vous bénéficiez également du tiers payant pratiqué dans ce réseau, réduisant ainsi l'avance des frais.

LES +

- Aucune avance de frais
- Des dépenses de santé maîtrisées
- Un accès aux soins facilité
- Une attestation unique reconnue sur tout le territoire

Le 26 juin 2015, ACTIL a obtenu la certification ISO 9001-2008 et EN 15838-2009 (norme métier spécifique aux centres d'appels).
Le Groupe APICIL a également été certifié ISO 20 000 : 2011 et ISO 27001 : 2013 sur le périmètre des systèmes d'information.

POUR VOUS

API SERVICES s'adresse aux agents et aux ayants droit, assurés au titre d'un contrat santé auprès d'un des organismes assureurs du Groupe APICIL, directement ou par l'intermédiaire d'un contrat collectif.

API SERVICES, UN DISPOSITIF INNOVANT POUR ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES AGENTS, GRÂCE À :

UN SERVICE D'ÉCOUTE CONSEIL et ORIENTATION

Les Conseillers API Services répondent à toutes les questions personnelles et apportent conseils et réponses adaptés. https://particulier.apicil.com/mutuelle-services/assistance-ecoute-conseils/

DES GARANTIES D'ASSISTANCE POUR TOUS

En cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire, d'immobilisation, de traitement oncologique, de séjour en maternité, de situation d'aidant, de décès …

Nous mettons en place des services à la personne adaptés à chaque situation (aide ménagère, garde d'enfants, auxiliaire de vie, coiffeur à domicile…). https://particulier.apicil.com/mutuelle-services/assistance-ecoute-conseils/

UN SERVICE DE TÉLÉCONSULTATIONS MÉDICALES

Si besoin de consulter un médecin généraliste ou spécialiste sans se déplacer.

Nous proposons un service de téléconsultation à distance, sans financement supplémentaire : des médecins généralistes et spécialistes accessibles par téléphone, Internet ou Visio apportent un conseil, un avis, un diagnostic et une ordonnance, sans nécessité de se déplacer. https://particulier.apicil.com/mutuelle-services/teleconsultation-medicale/

L'ACCÈS À UN 2e AVIS MÉDICAL

Si besoin d'un 2e avis médical pour une maladie grave ou une décision médicale.

Nous délivrons un 2e avis médical, sans financement supplémentaire, rendu par des experts reconnus pour leur expérience académique et clinique, afin de prendre une décision éclairée en cas de maladie grave ou de décision médicale importante. https://particulier.apicil.com/mutuelle-services/deuxieme-avis-medical/

BESOIN DE PLUS D'INFORMATIONS ?

API SERVICES est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures *(hors jours fériés)*

*Coût d'un appel local depuis un poste fixe à partir du territoire France métropolitaine (y compris Andorre et Monaco) et DROM-COM

Site internet: **www.apiservices-assistance.com**

Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site apicil.com
Retrouvez la **Notice d'information** **API SERVICES** dans l'espace client **www.apicil.com/espace-particulier**

Api services bénéficient aux membres participants des organismes assureurs du GROUPE APICIL couverts directement par l'intermédiaire de leur entreprise par un contrat d'assurance complémentaire santé éligible, ainsi que leurs ayants droit au contrat. Document d'information non contractuel. Le détail et les modalités d'application (éventuels faits générateurs, limitations ou exclusions) sont décrits dans les conditions générales des garanties d'assistance valant notice d'information « Api services », disponibles dans votre espace client. FILASSISTANCE INTERNATIONAL– Société anonyme au capital de 4 100 000 euros, dont le siège est situé 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT CLOUD Cedex – immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689. Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – 4 Place de Budapest, CS 92459 –75436 Paris cedex 09.

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

POUR VOUS

L'ACTION SOCIALE

L'action sociale du Groupe APICIL s'engage à vos côtés et accompagne vos agents ainsi que leurs proches dans leur quotidien et en cas de difficultés.

1. LA PRÉVENTION SANTÉ

Campagnes de dépistages préventifs (diabète et cholestérol…), bilans de santé, vaccinations…

2. L'ORIENTATION ET LE RENFORT SCOLAIRE DES PLUS JEUNES

Accompagnement en cas de difficultés scolaires (aide au soutien scolaire - aide à la scolarité).

3. LES AIDES INDIVIDUELLES FINANCIÈRES EN CAS DE DIFFICULTÉS PONCTUELLES ET L'ACCOMPAGNEMENT

La **santé** (dépenses de santé peu ou pas remboursées)
Le **deuil** (année gratuite cotisation santé - veuves et veufs ayant des enfants de plus de 6 ans - les frais d'obsèques)
Le **handicap** (adaptation du logement - actifs et leurs enfants)
La **solidarité** (aide ponctuelle suite à une situation de rupture - aide à la mutualisation - accompagnement et suivi de budget)

4. L'AIDE AUX AIDANTS

Un soutien financier, équivalent à 500 € par an pour soulager le quotidien et préserver la santé morale et psychologique (selon conditions de ressources).
Des temps d'écoute pour répondre aux questions des aidants sur les problématiques de la vie quotidienne et les orienter vers les dispositifs adaptés.

5. L'ACCOMPAGNEMENT AU DEUIL

Écoute, conseil, orientation.

COMMENT ?

prendre contact avec le service action sociale
actionsociale.santeprevoyance@apicil.com
Par courrier
Service Action sociale
51 bd Marius Vivier-Merle - TSA 95568
69501 Lyon Cedex 03
Téléphone : **04 72 27 72 72**

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE



4 LE GROUPE APICIL

- **Un groupe engagé et responsable**
- **Les chiffres clés**

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

LE GROUPE APICIL

- UN GROUPE ENGAGÉ ET RESPONSABLE



Gouverné par nos clients

Grandes entreprises, PME, TPE, TNS, créateurs, salariés, particuliers…

Métiers

Santé / Prévoyance

Épargne

Services financiers

Retraite complémentaire

Des valeurs incarnées



- **Partage**
- **Excellence**
- **Engagement**



Innovant et proche de ses clients

Offrir à chacun les meilleures conditions d'épanouissement et de vie en développant **l'innovation** et **l'intimité** avec nos clients.



Notre raison d'être

Par une relation proche et attentionnée, soutenir toute la vie, toutes les vies.



Notre engagement RSE

L'inclusion sociétale et économique

UNE DÉMARCHE QUALITÉ VOLONTARISTE

Notre groupe s'est engagé dans une démarche qualité innovante et intégrée visant à :



- améliorer et pérenniser la relation de confiance entretenue avec nos clients ;
- assurer la conformité de nos activités, produits et services, avec les exigences légales et règlementaires ;
- s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de nos processus.

Le Groupe APICIL déploie une démarche qualité innovante au service de la stratégie de développement. Cette démarche intègre la gestion de tous les risques, un dispositif volontariste de maîtrise des coûts par une méthode participation « Lean ».
Nous avons atteint un niveau européen 5 étoiles sur l'EFQM (R4E 5 étoiles).

Le Groupe APICIL est certifié ISO 9001 : 2015 ; ISO 18295 : 2017 et ISO 27001 : 2013.

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE

Groupe de protection sociale et patrimoniale

Paritaire et mutualiste depuis 1938, nous sommes spécialistes des métiers de la santé, de la prévoyance, de la retraite, de l'épargne et des services financiers.

GOUVERNÉS PAR NOS CLIENTS, NOUS N'AVONS PAS D'ACTIONNAIRES À RÉMUNÉRER

Le Groupe APICIL a été créé par la volonté commune de représentants de chefs d'entreprises et de salariés pour mettre en œuvre des systèmes de solidarité, visant à protéger les salariés et leurs proches face aux aléas de la vie. Nos actions sont guidées par un équilibre juste entre action sociale et performance économique, recherche d'efficacité et finalité sans but lucratif.

3e
groupe de protection sociale en France

1 993
collaborateurs

1,7 M
d'assurés principaux

50 400
entreprises adhérentes

3,5 Md €
de chiffre d'affaires

source : déclaration de performance extra financière - Groupe APICIL 2022

SANTÉ / PRÉVOYANCE / ÉPARGNE ET SERVICES FINANCIERS / RETRAITE

API Services bénéficie aux membres participants des organismes assureurs du Groupe APICIL couverts directement par l'intermédiaire de leur entreprise par un contrat d'assurance complémentaire santé éligible, ainsi que leurs ayants droit au contrat. Document d'information non contractuel. Le détail et les modalités d'application (éventuels faits générateurs, limitations ou exclusions) sont décrits dans les conditions générales des garanties d'assistance valant notice d'information « Api services ». FILASSISTANCE INTERNATIONAL– Société anonyme au capital de 4 100 000 euros, dont le siège est situé 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT CLOUD Cedex – immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689. Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – 4 Place de Budapest, CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, enregistrée au répertoire SIRENE n°321 862 500 dont le siège social est situé 51 bd Marius Vivier-Merle - TSA 95568 – 69501 Lyon Cedex 03.
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 bd Marius Vivier-Merle - TSA 95568 – 69501 Lyon Cedex 03
Communication non contractuelle à caractère informatif– SP21/FCR0277

GROUPE APICIL
UNIQUES, ENSEMBLE