

**(Document à conserver)****Votre offre SANTE du 04 Mai 2016**

Votre entreprise ESSAI01

**Votre Conseiller**

AVIE CAP  
Code : 0016061  
N° de Tél : 06 23 06 58 28

**Cadre réservé à la gestion**

N° de devis : DDV-2016-0017868	Z1 / AS
Date : 04.05.2016	

13008

Vous avez choisi

**Vos garanties et cotisations santé**  
**APICIL SANTE PROFIL'R**

Personnel garanti : Non Cadre  
Organisme assureur : APICIL PREVOYANCE  
Organisme gestionnaire : APICIL PREVOYANCE  
Date d'effet souhaitée : 01.06.2016

<b>Effectif à assurer :</b>	3
<b>Age moyen :</b>	39 ans
<b>Référence Base Obligatoire</b>	S1P2H2O1D1A1V1M1K1
<b>Type de Cotisation :</b>	Cotisation à la tête
VOS COTISATIONS – Hors évolution réglementaire	
<b>Régime Obligatoire :</b>	Général
<b>Taux de cotisations : BASE</b> <b>(en % du PMSS*)</b>	Isolé 0,72% Vos cotisations s'entendent toutes taxes comprises (CMU : 6,27 % et TCA : 7,00 % soit 13,27 % au total).
<b>N° du devis</b>	<b>Réf : DDV-2016-0017868</b>

\* PMSS : Plafond mensuel de sécurité sociale soit 3 218,00 € en 2016.

Document non contractuel – offre réalisée le 04/05/2016- Tarif en vigueur à cette date



## Vos garanties



### Régime complémentaire frais médicaux

#### APICIL SANTE PROFIL'R

PRESTATIONS BASE COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Référence : S1P2H2O1D1A1V1M1K1 - Collège : Non Cadre

38 rue François Peissel

BP 99

69644 Caluire et Cuire Cedex

#### APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel – offre réalisée le 04.05.2016 - Tarif en vigueur à cette date

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS *</b>	
Praticiens conventionnés signataires CAS (1) Consultations-Visites Généralistes/Specialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	100 %BR-SS
Praticiens conventionnés NON signataires CAS (1) Consultations-Visites Généralistes/Specialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	100 %BR-SS
à compter de 2017	100 %BR-SS
Praticiens non conventionnés Consultations-Visites Généralistes/Specialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	100 %BR-SS
Analyses médicales	100 %BR-SS
Auxiliaires médicaux	100 %BR-SS
Frais de transport	100 %BR-SS
<b>PHARMACIE</b>	
Pharmacie à 65%	100 %BR-SS
Pharmacie à 30%	100 %BR-SS
Pharmacie à 15%	
<b>HOSPITALISATION</b>	
Frais de séjour en établissement conventionné	100 %FR-SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 %BR-SS
Praticiens signataires CAS (1) Honoraires conventionnés y compris maternité (chirurgie-anesthésie-réanim.)	160 %BR-SS
Praticiens NON signataires CAS (1) Honoraires conventionnés y compris maternité (chirurgie-anesthésie-réanim.)	140 %BR-SS
à compter de 2017	140 %BR-SS
Honoraires non conventionnés y compris maternité	140 %BR-SS
Forfait journalier hospitalier	100 %FR
Chambre particulière y compris maternité	30 € / Jour

## Vos garanties



38 rue François Peissel

BP 99

69644 Caluire et Cuire Cedex

### Régime complémentaire frais médicaux

#### APICIL SANTE PROFIL'R

PRESTATIONS BASE COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Référence : S1P2H2O1D1A1V1M1K1 - Collège : Non Cadre

#### APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège

est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel – offre réalisée le 04.05.2016 - Tarif en vigueur à cette date

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Quelle que soit l'option choisie par l'assuré :</b>	<b>1 paire de lunettes (V + M)/ 2ans /B (4)</b>
<b>Devis obligatoire / Pas de remboursement en l'absence de devis préalable</b>	
<b>OPTION 1 - Formule Sélection Actil (5)</b> <b>Une paire de verres " Zéro Reste à charge"</b>	<b>IRIS</b>
Monture si Option 1 Forfait	40 € maxi
<b>OPTION 2 - Hors Formule Selection Actil</b> <b>Par équipement, forfait pour 2 verres + Monture</b>	
<b>Monture + Verres à simple foyer</b> : verres unifocaux (9) Forfait (12) dont montant Monture Maxi	100 € dont 40 € maxi Monture
<b>Monture + Verres complexes</b> : verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux (10) Forfait (12) dont montant Monture Maxi	200 € dont 40 € maxi Monture
<b>Monture + Verres hyper complexes</b> : verres multifocaux et progressifs à forte correction (11) Forfait (12) dont montant Monture Maxi	200 € dont 40 € maxi Monture
Lentilles prises en charge par la SS	100 %BR-SS
Chirurgie réfractive (2)	
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires (y compris inlays onlays)	100 %BR-SS
Parodontologie non prise en charge par la SS (2)	
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par SS (2)	
<b>Devis conseil obligatoire sur Facture &gt; 2000€ / Pas de remboursement en l'absence de Devis préalable</b>	
Prothèses prises en charge SS :	
Prothèses fixes (3) sur dents visibles ou appareils dentaires	125 %BR-SS
Prothèses fixes sur dents non visibles	125 %BR-SS
Prothèses non prises en charge SS : Piliers et intermédiaire de bridge	
Orthodontie prise en charge SS	125 %BR-SS
Orthodontie non prise en charge SS	
Forfait Implantologie limité à 2 implants (2)	
<b>APPAREILLAGE</b>	
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, ...)	100 %BR-SS
Petit appareillage :	
Orthopédie dont semelles, collants de contention / Prothèses mammaires / Prothèse capillaire	100 %BR-SS
<b>Devis conseil obligatoire / Pas de remboursement en l'absence de Devis préalable</b>	
Appareil auditif / oreille (8)	100 %BR-SS

## Vos garanties



38 rue François Peissel

BP 99

69644 Caluire et Cuire Cedex

### Régime complémentaire frais médicaux

#### APICIL SANTE PROFIL'R

PRESTATIONS BASE COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Référence : S1P2H2O1D1A1V1M1K1 - Collège : Non Cadre

#### APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège

est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel – offre réalisée le 04.05.2016 - Tarif en vigueur à cette date

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE
<b>BR</b> : Base de Remboursement - <b>FR</b> : Frais Réels	<b>A</b> : Année civile - <b>B</b> : Bénéficiaire
<i>Le montant total du remboursement (Régime de Base + Régime Complémentaire) ne peut excéder 100% des dépenses engagées</i>	
<i>* Remboursements donnés sous réserve du respect du parcours de soin</i>	
(1) CAS : Contrat d'Accès aux Soins	
(2) par an par bénéficiaire	
(3) Couronnes et bridges Inlay core et inlay core à clavette - Joindre une facture détaillant les numéros de dents	
(4) Tous les 2 ans par bénéficiaire : sauf pour les mineurs ou pour les renouvellements justifiés par une évolution de la vue (le remplacement est alors annuel)	
(8) Maxi 1 équipement (2 oreilles) tous les 2 ans sauf enfants (-18 ans) : 1 seul autre équipement remboursé si modification de l'audition	
(9) Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ +4 dioptries	
(10) Verres unifocaux forte correction (Verres simple foyer avec sphère ≥ -6 et +6 dioptries ou dont le cylindre est > +4 dioptries) ou Verres multifocaux ou progressifs	
(11) Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries	
(12) Ticket modérateur inclus	



**BULLETIN D'ADHESION**  
**Frais de santé**  
**APICIL SANTE PROFIL'R +**  
**Extension Famille**



Votre Conseiller	
AVIE CAP	
Code : 0016061	
N° de Tél : 06 23 06 58 28	
Cadre réservé à la gestion	
N° de devis : DDV-2016-0017869	Z1 / AS
Date : 04.05.2016	

Document à nous retourner complété et signé à :

**Groupe APICIL 38, rue François Peissel BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex**

Nouvelle adhésion  Modification d'adhésion

**ENTREPRISE (à remplir par le souscripteur)**

Raison Sociale : ESSAI01

N° SIRET :

Adresse du siège :

Code postal : 13008

Ville:

N° de tél. :

E-mail : .....

**L'ASSURE (à remplir par le salarié)**

M.  Mme

N° Client (\*) : .....

Nom Marital : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-Mail : .....

Marié  Partenaire lié par un PACS  Union libre

Célibataire  Veuf  Divorcé  Séparé

En cas de modification de l'adhésion suite au changement de situation familiale, merci de préciser le motif :

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de APICIL PREVOYANCE - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale et de la notice d'information correspondante.

Je demande mon adhésion au contrat APICIL SANTE PROFIL'R Extension Famille à partir du (date d'effet demandée) : .../.../.....

La date d'effet sera le 1<sup>er</sup> jour du mois souhaité et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception de mon bulletin d'adhésion par vos services.

(\*) Indiquer le numéro client figurant sur votre carte de tiers payant du régime de Base APICIL SANTE PROFIL'R.

**VOTRE OFFRE EXTENSION FAMILLE**

En souscrivant l'offre APICIL SANTE PROFIL'R, votre entreprise vous a ouvert « l'Extension Famille » au profit de vos ayants droits

Votre entreprise a souscrit le régime de base Référence : **S1P2H2O1D1A1V1M1K1**

Votre entreprise a souscrit le régime Renfort Référence :

Collège : Non Cadre

**IMPORTANT : Les garanties souscrites dans le cadre de l'extension Famille sont strictement identiques à celles du salarié.**

**VOS COTISATIONS**

	Cotisations Mensuelles en pourcentage du PMSS <sup>(1)</sup>		Illustration en euros (Base calcul = PMSS <sup>(1)</sup> )	
	Conjoint	Enfant <sup>(2)</sup>	Conjoint	Enfant <sup>(2)</sup>
Extension Famille				
Régime Base	0,78%	0,48%	25,10€	15,45€
Régime Renfort				

Cotisations indexées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du PMSS(1) et de la consommation médicale.

<sup>(1)</sup> Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale réévalué chaque année - à titre d'illustration PMSS 2016 : 3 218 €

<sup>(2)</sup> Cotisation gratuite à partir du 3<sup>ème</sup> enfant

Document non contractuel - offre réalisée le 04/05/2016- Tarif en vigueur à cette date

## PERSONNES A GARANTIR

### Les garanties souscrites dans le cadre de l'extension famille sont strictement identiques à celles du salarié

Exemple : Si le salarié est couvert par le régime de BASE, l'extension famille sera alors identique au régime BASE. Si le salarié est couvert par un régime BASE + RENFORT, alors l'extension famille sera identique à BASE + RENFORT.

PERSONNE A GARANTIR	NOM ET PRENOM	SEXE M/F	DATE DE NAISSANCE	REGIME OBLIGATOIRE		NUMERO SECURITE SOCIALE OU REGIME OBLIGATOIRE	COTISATION MENSUELLE(4) correspondant à l'âge atteint
				SS	TNS(1)		
CONJOINT (2)							% PMSS
1 <sup>er</sup> ENFANT							% PMSS
2 <sup>eme</sup> ENFANT							% PMSS
3 <sup>eme</sup> ENFANT(3)							GRATUIT
TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES SURCOMPLEMENTAIRES							% PMSS

- (1) : Travailleur Non salarié  
 (2) : A défaut de conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un PACS  
 (3) : Si plus de 3 enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre joint à votre bulletin d'adhésion  
 (4) : Reportez-vous au document « Vos Cotisations »

## PERIODICITE

- MODE DE PAIEMENT  Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)
- Par prélèvement  Annuel  Semestriel
- Trimestriel  Mensuel
- Date de Prélèvement  Le 5 du mois  Le 15 du mois

Je signe mon bulletin d'adhésion ; je l'envoie avec mon mandat de prélèvement SEPA et mon RIB ou mon chèque à l'ordre d'APICIL Prévoyance ainsi que ceux de mes ayants droits de plus de 16 ans assurés par le présent contrat et de la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte vitale.

L'ASSURE
Date : __/__/____
Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)
Date : __/__/____
Signature :

MES ENFANTS DE PLUS DE 16 ANS
Date : __/__/____
Signature :

### RENONCIATION

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à Groupe APICIL - 38, rue François Peissel - BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le Responsable de traitement est le Responsable du service de Gestion Contrats Individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations, et sont destinées au Groupe APICIL, ses partenaires, prestataires et réassureurs.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous et vos bénéficiaires bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL - Service Relation Client, 38, rue François Peissel BP 99 - 69644 CALUIRE ET CUIRE Cedex.



## Vos garanties accessibles



Régime complémentaire frais médicaux

38 rue François Peissel

**APICIL SANTE PROFIL'R**

BP 99

PRESTATIONS SURCOMPLEMENTAIRE INDIVIDUELLE

69644 Caluire et Cuire Cedex

Collège : Non Cadre

### APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège est situé 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel - offre réalisée le 04.05.2016 - Tarif en vigueur à cette date

NATURE DES FRAIS		REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE		
MODULE SOINS +				
SOINS MEDICAUX COURANTS	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Praticiens conventionnés signataires CAS (1) Consultations-Visites Généralistes/Spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	+90 %BR	+150 %BR	+150 %BR	
Praticiens conventionnés NON signataires CAS (1) Consultations-Visites Généralistes/Spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	+70 %BR	+125 %BR	+125 %BR	
à compter de 2017	+70 %BR	+100 %BR	+100 %BR	
Praticiens non conventionnés Consultations-Visites Généralistes/Spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	+30 %BR	+50 %BR	+50 %BR	
Analyses médicales	+30 %BR	+50 %BR	+50 %BR	
Auxiliaires médicaux	+30 %BR	+50 %BR	+50 %BR	
Frais de transport	+30 %BR	+50 %BR	+50 %BR	
PHARMACIE	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Pharmacie à 65%				
Pharmacie à 30%				
Pharmacie à 15%	+100 %BR-SS	+100 %BR-SS	+100 %BR-SS	
HOSPITALISATION	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Frais de séjour en établissement conventionné				
Frais de séjour en établissement non conventionné				
Praticiens signataires CAS (1) Honoraires conventionnés y compris maternité (chirurgie-anesthésie-réanim.)"	+30 %BR	+90 %BR	+140 %BR	
Praticiens NON signataires CAS (1) Honoraires conventionnés y compris maternité (chirurgie-anesthésie-réanim.)	+30 %BR	+85 %BR	+85 %BR	
à compter de 2017	+30 %BR	+90 %BR	+140 %BR	
Honoraires non conventionnés y compris maternité	+30 %BR	+60 %BR	+60 %BR	
Forfait journalier hospitalier				
Chambre particulière y compris maternité	+15 € / Jour	+40 € / Jour	+60 € / Jour	
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) (6)	+20 € / Jour	+35 € / Jour	+45 € / Jour	
Télévision/Téléphone si hospitalisation >=15J Remboursement dès le 15ème Jour (2) (7)		+5 € / Jour	+8 € / Jour	
PREVENTION	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Kit confort : Ostéopathe Acupuncteur Podologue Etiopathe Chiropracteur Diététicien Psychomotricien Psychologue (2)	+20 €/séance +3 séances maxi	+30 €/séance +3 séances maxi	+40 €/séance +3 séances maxi	
Sevrage tabagique (2)	+30 €	+45 €	+55 €	
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS (2)	+20 €	+35 €	+45 €	

## Vos garanties accessibles



Régime complémentaire frais médicaux

**APICIL SANTE PROFIL'R**

PRESTATIONS SURCOMPLEMENTAIRE INDIVIDUELLE

Collège : Non Cadre

38 rue François Peissel

BP 99

69644 Caluire et Cuire Cedex

### APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège

est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel – offre réalisée le 04.05.2016 - Tarif en vigueur à cette date

NATURE DES FRAIS		REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE		
MATERNITE CONTRACEPTION	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	+150 €	+250 €	+350 €	
Fécondations In Vitro non prises en charge par la SS et limitées à 2 (2)		+150 € / FIV	+250 € / FIV	
Amniocentèse non prise en charge par la SS (2)		+100 €	+200 €	
Contraception prescrite non prise en charge par la SS (2)	+55 €	+70 €	+90 €	
<b>MODULE EQUIPEMENT +</b>				
OPTIQUE	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
<b>Quelle que soit l'option choisie par l'assuré :</b>				
<b>1 paire de lunettes (V + M) / 2ans / B (4)</b>				
<b>Devis obligatoire / Pas de remboursement en l'absence de devis préalable</b>				
<b>OPTION 1 - Formule Sélection Actil (5) (10)</b>		<b>REGARD</b>	<b>CRISTAL</b>	<b>CRISTAL</b>
<b>Une paire de verres " Zéro Reste à charge"</b>				
Monture si Option 1				
Forfait	+45 € maxi	+85 € maxi	+110 € maxi	
<b>OPTION 2 - Hors Formule Sélection Actil</b>				
<b>Par équipement, forfait pour 2 verres + Monture</b>				
<b>Monture + Verres à simple foyer : verres unifocaux (9)</b>				
Forfait (12)	+80 € dont	+150 € dont	+250 € dont	
dont montant Monture Maxi	+45 € maxi	+85 € maxi	+110 € maxi	
<b>Monture + Verres complexes : verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux (10)</b>				
Forfait (12)	+100 € dont	+280 € dont	+440 € dont	
dont montant Monture Maxi	+45 € maxi	+85 € maxi	+110 € maxi	
<b>Monture + Verres hyper complexes : verres multifocaux et progressifs à forte correction (11)</b>				
Forfait (12)	+140 € dont	+340 € dont	+520 € dont	
dont montant Monture Maxi	+45 € maxi	+85 € maxi	+110 € maxi	
Lentilles prises en charge ou non par la SS (2)	+125 €	175 €	200 €	
Chirurgie réfractive (2)		350 € / oeil	450 € / oeil	
DENTAIRE	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Soins dentaires (y compris inlays onlays)	+100 %BR	+200 %BR	+300 %BR	
Parodontologie non prise en charge par la SS (2)		+150 €	+250 €	
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par SS (2)		+60 €	+80 €	
<b>Devis conseil obligatoire sur Facture &gt; 2000€ / Pas de remboursement en l'absence de Devis préalable</b>				
Prothèses prises en charge SS :				
Prothèses fixes (3) sur dents visibles ou appareils dentaires	+125 %BR	+255 %BR	+375 %BR	
Prothèses fixes sur dents non visibles	+75 %BR	+175 %BR	+305 %BR	
Prothèses non prises en charge SS : Piliers et intermédiaire de bridge	+200 %BR	+300 %BR	+430 %BR	
Orthodontie prise en charge SS	+125 %BR	+255 %BR	+375 %BR	
Orthodontie non prise en charge SS		+230 %BR	+380 %BR	
Forfait Implantologie limité à 2 implants (2)		+250 €/implant	+450 €/implant	

## Vos garanties accessibles



Régime complémentaire frais médicaux

38 rue François Peissel

**APICIL SANTE PROFIL'R**

BP 99

PRESTATIONS SURCOMPLEMENTAIRE INDIVIDUELLE

69644 Caluire et Cuire Cedex

Collège : Non Cadre

### APICIL Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale dont le siège

est situé 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel – offre réalisée le 04.05.2016 - Tarif en vigueur à cette date

NATURE DES FRAIS		REMBOURSEMENTS DU REGIME COMPLEMENTAIRE		
APPAREILLAGE	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, ...) Forfait supplémentaire en € (2)	+300 €	+700 €	+1500 €	
Petit appareillage : Orthopédie dont semelles/collants de contention/Prothèses mammaires/Prothèse capillaire	+100 %BR	+200 %BR	+300 %BR	
<b>Devis conseil obligatoire / Pas de remboursement en l'absence de Devis préalable</b>				
Appareil auditif / oreille (8) Forfait supplémentaire en € / oreille	+300 €/oreille	+700 €/oreille	+900 €/oreille	
<b>PACK ALLOCATIONS</b>				
PACK ALLOCATIONS	INITIAL	EQUILIBRE	CONFORT	
Cure Thermale prise en charge par la SS limitée au reste à charge (2)	+150 €	+250 €	+350 €	
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit	+500 €	+1000 €	+2000 €	
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré (2) (13)	+250 €	+500 €	+1000 €	

**BR** : Base de Remboursement - **FR** : Frais Réels

**A** : Année civile - **B** : Bénéficiaire

Le montant total du remboursement (Régime de Base + Régime Complémentaire) ne peut excéder 100% des dépenses engagées

\* Remboursements donnés sous réserve du respect du parcours de soin

(1) CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(2) par an par bénéficiaire

(3) Couronnes et bridges Inlay core et inlay core à clavette - Joindre une facture détaillant les numéros de dents

(4) Tous les 2 ans par bénéficiaire : sauf pour les mineurs ou pour les renouvellements justifiés par une évolution de la vue (le remplacement est alors annuel)

(5) Offre valable pour toute correction dont la sphère est comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est <2

(6) Limité à 15 Jours par hospitalisation

(7) Limité à 900€

(8) Maxi 1 équipement (2 oreilles) tous les 2 ans sauf enfants (-18 ans) : 1 seul autre équipement remboursé si modification de l'audition

(9) Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ +4 dioptries

(10) Verres unifocaux forte correction (Verres simple foyer avec sphère ≥ -6 et +6 dioptries ou dont le cylindre est > +4 dioptries) ou Verres multifocaux ou progressifs

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

(12) Ticket modérateur inclus

(13) Remboursement sur facture nominative : Complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, Lingerie post mastectomie.



**APICIL SANTE PROFIL'R +  
Surcomplémentaire**



Votre Conseiller	
AVIE CAP	
Code : 0016061	
N° de Tél : 06 23 06 58 28	
Cadre réservé à la gestion	
N° de devis : DDV-2016-0017870	Z1 / AS
Date : 04.05.2016	

**VOS COTISATIONS – APICIL SANTE PROFIL'R + Surcomplémentaire**

Compte tenu des cotisations versées au titre de votre contrat **Entreprise (Référence : S1P2H2O1D1A1V1M1K1 collège : Non Cadre)**, vos cotisations pour votre surcomplémentaire sont les suivantes :

Module de Garanties	Cotisations Mensuelles en fonction de l'âge en pourcentage du PMSS <sup>(1)</sup>								
	INITIAL			EQUILIBRE			CONFORT		
	Enfant(2) -26 ans	Adulte		Enfant(2) -26 ans	Adulte		Enfant(2) -26 ans	Adulte	
-50 ans		50 ans et +	-50 ans		50 ans et +	-50 ans		50 ans et +	
<b>Soins +</b>	0,17%	0,36%	0,44%	0,30%	0,65%	0,82%	0,31%	0,76%	0,95%
<b>Equipement +</b>	0,19%	0,26%	0,33%	0,42%	0,77%	0,97%	0,52%	1,21%	1,52%
<b>Forfait Allocations +</b>	0,00%	0,01%	0,01%	0,00%	0,04%	0,05%	0,00%	0,05%	0,06%

A titre d'illustration, sur la base du PMSS<sup>(1)</sup> 2016, les cotisations en euros seraient :

Module de Garanties	ILLUSTRATION : Cotisations Mensuelles en fonction de l'âge en EUROS (Base de calcul = PMSS <sup>(1)</sup> 2016)								
	INITIAL			EQUILIBRE			CONFORT		
	Enfant(2) -26 ans	Adulte		Enfant(2) -26 ans	Adulte		Enfant(2) -26 ans	Adulte	
-50 ans		50 ans et +	-50 ans		50 ans et +	-50 ans		50 ans et +	
<b>Soins +</b>	5,46€	11,59€	14,16€	9,65€	20,91€	26,38€	9,97€	24,45€	30,57€
<b>Equipement +</b>	6,11€	8,37€	10,63€	13,51€	24,78€	31,21€	16,73€	38,94€	48,91€
<b>Forfait Allocations +</b>	0,00€	0,32€	0,32€	0,00€	1,29€	1,61€	0,00€	1,61€	1,93€

Les cotisations évoluent avec l'âge de l'assuré et sont indexées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du PMSS(1) et de la consommation médicale.

(1) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale réévalué chaque année – à titre d'illustration PMSS 2016 : 3 218 €

(2) Cotisation gratuite à partir du 3<sup>ème</sup> enfant

Document non contractuel – offre réalisée le 04/05/2016- Tarif en vigueur à cette date

