



(Document à conserver)

Votre offre SANTE du 04 Mai 2016

Votre entreprise ESSAI 02

Votre Conseiller

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

Cadre réservé à la gestion

N° de devis : DDV-2016-0017871	Z1 / AS
Date : 04.05.2016	

13008

Vous avez choisi

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

Personnel garanti : Cadre

Organisme assureur : APICIL PREVOYANCE

Organisme gestionnaire : APICIL PREVOYANCE

Date d'effet souhaitée : 01.06.2016

Effectif à assurer :	2
Age moyen :	42 ans
Référence Base Obligatoire	S7P7H7O8D8A7V7M7K1
Type de Cotisation :	Cotisation Familiale
VOS COTISATIONS – Hors évolution réglementaire	
Régime Obligatoire :	Général
Taux de cotisations : BASE (en % du PMSS*)	Taux Unique (Famille) 6,11% Vos cotisations s'entendent toutes taxes comprises (CMU : 6,27 % et TCA : 7,00 % soit 13,27 % au total).
N° du devis	Réf : DDV-2016-0017871

* 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 : S7P7H7O8D8A7V7M7K1 - Collège : 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	
SOINS MEDICAUX COURANTS *		
Praticiens conventionnés signataires CAS (1) Consultations-Visites Généralistes/Specialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	250	%BR-SS
Praticiens conventionnés NON signataires CAS (1) Consultations-Visites Généralistes/Specialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	225	%BR-SS
à compter de 2017	200	%BR-SS
Praticiens non conventionnés Consultations-Visites Généralistes/Specialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie et d'échographie	150	%BR-SS
Analyses médicales	150	%BR-SS
Auxiliaires médicaux	150	%BR-SS
Frais de transport	150	%BR-SS
PHARMACIE		
Pharmacie à 65%	100	%BR-SS
Pharmacie à 30%	100	%BR-SS
Pharmacie à 15%	100	%BR-SS
HOSPITALISATION		
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.)	300	%BR-SS
Praticiens NON signataires CAS (1) Honoraires conventionnés y compris maternité (chirurgie-anesthésie-réanim.)	225	%BR-SS
à compter de 2017	200	%BR-SS
Honoraires non conventionnés y compris maternité	200	%BR-SS
Forfait journalier hospitalier	100	%FR
Chambre particulière y compris maternité	90	€ / Jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) (6)	45	€ / Jour
Télévision/Téléphone si hospitalisation >=15J Remboursement dès le 15ème Jour (2) (7)	8	€ / 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 : S7P7H7O8D8A7V7M7K1 - Collège : 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
OPTIQUE	
Quelle que soit l'option choisie par l'assuré :	1 paire de lunettes (V + M)/ 2ans /B (4)
Devis obligatoire / Pas de remboursement en l'absence de devis préalable	
OPTION 1 - Formule Sélection Actil (5) Une paire de verres " Zéro Reste à charge"	VISION
Monture si Option 1 Forfait	150 € maxi
OPTION 2 - Hors Formule Sélection Actil Par équipement, forfait pour 2 verres + Monture	
Monture + Verres à simple foyer : verres unifocaux (9) Forfait (12) dont montant Monture Maxi	470 € dont 150 € maxi Monture
Monture + Verres complexes : verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux (10) Forfait (12) dont montant Monture Maxi	750 € dont 150 € maxi Monture
Monture + Verres hyper complexes : verres multifocaux et progressifs à forte correction (11) Forfait (12) dont montant Monture Maxi	850 € dont 150 € maxi Monture
Lentilles prises en charge ou non par la SS (2)	300 €
Chirurgie réfractive (2)	500 € / œil
DENTAIRE	
Soins dentaires (y compris inlays onlays)	500 %BR-SS
Parodontologie non prise en charge par la SS (2)	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par SS (2)	100 €
Devis conseil obligatoire sur Facture > 2000€ / Pas de remboursement en l'absence de Devis préalable	
Prothèses prises en charge SS :	
Prothèses fixes (3) sur dents visibles ou appareils dentaires	570 %BR-SS
Prothèses fixes sur dents non visibles	470 %BR-SS
Prothèses non prises en charge SS : Piliers et intermédiaire de bridge	470 %BR
Orthodontie prise en charge SS	570 %BR-SS
Orthodontie non prise en charge SS	470 %BR
Forfait Implantologie limité à 2 implants (2)	500 € / implant
APPAREILLAGE	
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, ...) Forfait supplémentaire en € (2)	100 %BR-SS 1500 €
Petit appareillage :	
Orthopédie dont semelles, collants de contention / Prothèses mammaires / Prothèse capillaire	400 %BR-SS
Devis conseil obligatoire / Pas de remboursement en l'absence de Devis préalable	
Appareil auditif / oreille (8) Forfait supplémentaire en € / oreille	100 %BR-SS 900 €/oreille
PREVENTION	
Kit confort : Ostéopathe Acupuncteur Podologue Etiopathe Chiropracteur	40 €/séance
Diététicien Psychomotricien Psychologue (2)	3 séances maxi
Sevrage tabagique (2)	55 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS (2)	45 €
MATERNITE CONTRACEPTION	
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	350 €

Fécondations In Vitro non prises en charge par la SS et limitées à 2 (2)	250 € / FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS (2)	200 €
Contraception prescrite non prise en charge par la SS (2)	90 €



Vos garanties

Régime complémentaire frais médicaux

APICIL SANTE PROFIL'R

PRESTATIONS BASE COLLECTIVE OBLIGATOIRE

Référence : S7P7H7O8D8A7V7M7K1 - Collège : 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
BR : Base de Remboursement - FR : Frais Réels	A : Année civile - 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)	
(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.	