

VOS GARANTIES APICIL NÉO

Vous choisissez :

Pour visualiser votre garantie, cochez le niveau de base choisi et votre renfort éventuel. Supprimez si vous le souhaitez le poste Prestations Élargies.

4 postes de prestations

4 niveaux de base

PRIMO

ECO

OPTI

SUPRA

Age limite à l'adhésion : 26 ans

L'Hospitalisation

Frais de séjour conventionnés
Forfait journalier hospitalier
Honoraires chirurgicaux
Chambre particulière hors maternité / jour
Frais de transport

100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
100 % BR*	200 % BR*	300 % BR*	400 % BR*
-	30 €	45 €	50 €
100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*

Les Frais Médicaux Courants**

Auxiliaires médicaux
Analyses médicales
Pharmacie
Consultations - Visites Généralistes / Spécialistes
Actes techniques médicaux
Actes d'imagerie et d'échographie
Appareillages et appareils auditifs
Contraception non remboursée par la SS et préservatifs ⁽¹⁾

100 % BR*	125 % BR*	150 % BR*	170 % BR*
100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*
100 % BR*	125 % BR*	150 % BR*	170 % BR*
50 €	50 €	50 €	50 €

L'Optique - Dentaire

Monture ⁽¹⁾
Bonus fidélité dès la 3 ^{ème} année***
Verres adultes / paire ⁽¹⁾
Lentilles ⁽¹⁾
Soins Dentaires
inlays-onlays ⁽¹⁾
Prothèses dentaires
Prises en charge par la SS
Plafond prothèses prises en charge ⁽¹⁾ 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année
Plafond prothèses prises en charge ⁽¹⁾ années suivantes
Orthodontie prise en charge par la SS/semestre/B

50 €	70 €	95 €	115 €
20 %	20 %	20 %	20 %
60 €	80 €	100 €	120 €
55 €	85 €	110 €	125 €
100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*
-	50 €	75 €	100 €
100 % BR*	180 % BR*	220 % BR*	300 % BR*
-	250 €	400 €	550 €
-	500 €	800 €	1 100 €
120 % BR*	180 % BR*	220 % BR*	300 % BR*

Les Prestations Élargies

Frais de séjour non conventionnés / jour
Dentaire :
Orthodontie non prise en charge par la SS/semestre/B
Implantologie ⁽¹⁾
Patch blanchissant non remboursé par la SS ⁽¹⁾
Séances ⁽¹⁾ d'un ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, podologue, pédicure, psychologue
Vaccins ⁽¹⁾ du voyageur non remboursés par la SS
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽¹⁾

90 % FR* maxi 100 €	90 % FR* maxi 200 €	90 % FR* maxi 300 €	90 % FR* maxi 400 €
40 €	45 €	90 €	175 €
-	45 €	90 €	175 €
10 €	15 €	25 €	50 €
10 € / Séance maxi 40 €	15 € / Séance maxi 60 €	20 € / Séance maxi 80 €	30 € / Séance maxi 120 €
-	10 €	20 €	30 €
-	50 € / œil	100 € / œil	200 € / œil

⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire - BR : Base de remboursement - SS : sécurité sociale - B : Bénéficiaire.

* sous déduction des prestations du régime de base obligatoire dont dépend l'assuré, le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

** remboursements donnés sous réserve du respect du parcours de soins - *** en cas de non consommation les deux premières années.