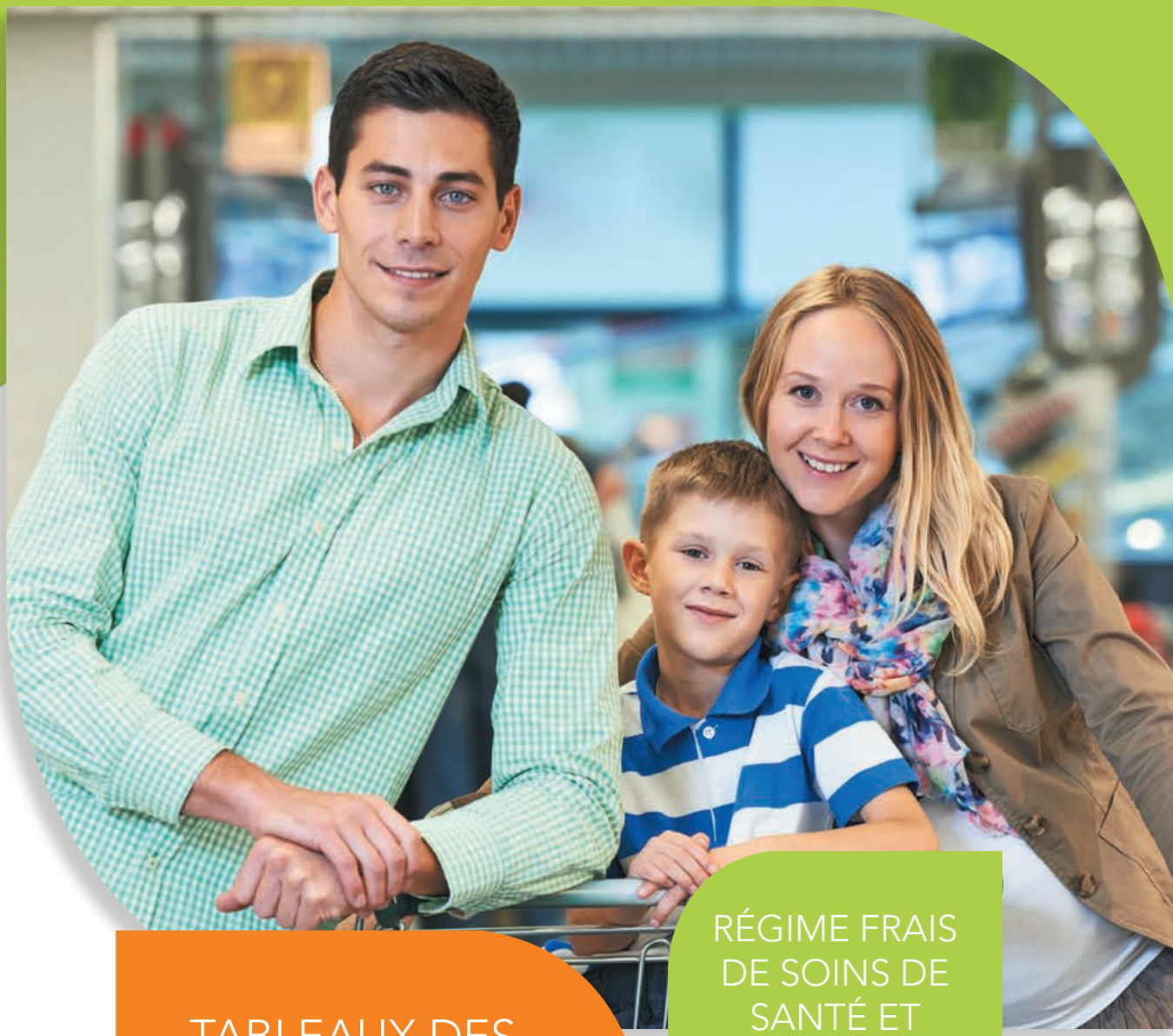
apgis



RÉGIME FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

TABLEAUX DES GARANTIES ET COTISATIONS DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

ADHÉSIONS, INFORMATIONS SUR LE RÉGIME :
N° 09 69 39 57 69
(service gratuit)
info.officines@apgis.com

Régime Alsace-Moselle - Édition 2020

Garanties Frais de soins de Santé

Cadre et assimilé / Non cadre

NATURE DES GARANTIES (*)	BASE obligatoire non cadre & BASE obligatoire cadre et assimilé (RPO)		SUPPLÉMENTAIRE non cadre & SUPPLÉMENTAIRE cadre et assimilé (RSF et RSF +)		SANTÉ +	
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR			
Frais de séjour Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS			
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS			
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO		
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS		
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour		+ 35 € par jour	
Lit d'accompagnement *d'un Enfant à charge*	30 € par jour		30 € par jour		+ 10 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels			
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites de médecins généralistes	205 % BR - RSS	115 % BR - RSS	265 % BR - RSS	115 % BR - RSS	+ 65 % BR	+ 25 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes	265 % BR - RSS	161 % BR - RSS	285 % BR - RSS	175 % BR - RSS	+ 65 % BR	+ 25 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétriques	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS		
Actes d'imagerie médicale : Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS		
Échographie	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS		
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels			
Honoraires paramédicaux	130 % BR - RSS		130 % BR - RSS			
Analyses et examens de laboratoire	130 % BR - RSS		130 % BR - RSS			
Médicaments Médicaments remboursés par le RO	100 % FR - RSS		100 % FR - RSS			
Médicaments non remboursés par le RO (*)	50 € par an et par assuré (famille à charge)		60 € par an et par assuré (famille à charge)			
Matériel médical *(hors aides auditives et optique)* Prothèses orthopédiques, petit appareillage (*), prothèses non dentaires, petit matériel	150 % BR - RSS		220 % BR - RSS		+50% BR	
Grand appareillage (*)	230 % BR - RSS		250 % BR - RSS			
Prothèses capillaires (*)	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire		+ 200 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES						
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO. (*)						
Équipement « 100 % SANTÉ » (**) à compter du 01/01/2021	100 % FR (**)					
Autres prothèses auditives (*) Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 Équipement Hors « 100 % SANTÉ » à compter du 01/01/2021						
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par oreille appareillée		580 € - RSS par oreille appareillée			
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par oreille appareillée		1 400 € - RSS par oreille appareillée			
Entretien et accessoires	220 % BR - RSS		220 % BR - RSS			
OPTIQUE						
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception. (*)						
Équipement « 100 % SANTÉ » (**) Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100 % FR (**)					
Équipement Hors « 100 % SANTÉ » - Tarif libre						
Par Monture :	70 € - RSS		100 € - RSS			
Verres :						
Par verre simple (*)	80 € - RSS		150 € - RSS		+ 10 €	
Par verre complexe (*)	130 € - RSS		150 € - RSS		+ 90 €	
Par verre hyper complexe (*)	200 € - RSS		220 € - RSS		+ 130 €	
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS			
Lentilles correctrices *(y compris lentilles jetables)* Remboursées par le RO	200 € - RSS par an et par bénéficiaire		200 € - RSS par an et par bénéficiaire		+ 100 € par an et par bénéficiaire	
Non remboursées par le RO (*)	130 € par an et par bénéficiaire		160 € par an et par bénéficiaire		+ 100 € par an et par bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	Néant		500 € par œil			

SERVICE PRESTATIONS SANTÉ ET AFFILIATIONS
01 49 57 45 25 / officines@apgis.com

NATURE DES GARANTIES (*)	BASE obligatoire non cadre & BASE obligatoire cadre et assimilé (RPO)	SUPPLÉMENTAIRE non cadre & SUPPLÉMENTAIRE cadre et assimilé (RSF et RSF +)	SANTÉ +
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTÉ » (**) :	100 % FR (**)		
Soins Hors « 100 % SANTÉ » (*)			
Soins dentaires	120 % BR - RSS	120 % BR - RSS	
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS	200 % BR - RSS	
Prothèses Hors « 100 % SANTÉ » (*)			
Inlays-Core Tarif maitrisé et libre	195 % BR -RSS	195 % BR -RSS	
Couronnes dentoportées Tarif libre	125 % BR -RSS	420 % BR -RSS	+ 300 € par an et par bénéficiaire
Autres prothèses dentaires Tarif maitrisé et libre (*)			
Dent visible	375 % BR - RSS	420 % BR - RSS	+ 50 € par an et par bénéficiaire
Dent non visible	350 % BR - RSS	420 % BR - RSS	
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	300 % BRR	465 % BRR	
Orthodontie			
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS	372 % BR - RSS	+ 130 % BR
Non remboursée par le RO	326 % BRR	372 % BRR	+ 130 % BRR
Autres prestations dentaires			
Implantologie dentaire (*)			
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS	465 % BR - RSS	+ 35 % BR
Pilier implantaire et implant	400 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	450 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	+ 200 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire	+ 150 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES			
Transport			
Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	
Natalité (*)			
Forfait : naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant	
Cure thermale (*)			
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS	
Médecine douce (*)			
Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien			45 € par séance, limité à 4 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage			
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	

ABRÉVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, application du tarif d'autorité.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique
L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur http://annuairesante.ameli.fr/

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

(*) Selon les dispositions et conditions prévues par la Convention d'assurance OF/MAL et par les conditions générales du Contrat surcomplémentaire SANTÉ +.
(**) Conformément à la réglementation relative au « 100 % SANTÉ ».

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « **Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE », c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO) de Sécurité sociale dont dépend l'assuré qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, la maternité ou du régime accidents du travail / Maladies professionnelles**. Les prestations du régime SUPPLÉMENTAIRE comprennent celles du régime de BASE.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation « par an et par Bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1er janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties.

Le terme assuré vise l'assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs. Lorsqu'un forfait est « par bénéficiaire », il s'applique pour chaque participant au sens ci-dessus.

Lorsqu'un forfait est « par assuré » il s'applique pour chaque assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime Obligatoire, du Régime de Base obligatoire et Supplémentaire de la Pharmacie d'officine et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Cotisations Régime Frais de soins de santé et Prévoyance

Régime Alsace-Moselle

PERSONNEL CADRE ET ASSIMILÉ

	RÉGIME CONVENTIONNEL PRÉVOYANCE ET SANTÉ												GARANTIES COMPLÉMENTAIRES APGIS	
	Minimum obligatoire						*Au choix de l'employeur*							*Au choix du salarié[3]*
	Base Obligatoire Cadres et assimilés (RPO)						Supplémentaire (RSF)[1]		ou	Supplémentaire amélioré (RSF+)[1]		et/ou	SANTÉ+ [1] [2]	SANTÉ+ [1]
	Prévoyance	Santé		Total			Prévoyance	Santé		Prévoyance	Santé		Santé	Santé
Assiette de cotisations	Salaire TA TB	Salaire TA TB	PMSS*	Salaire TA TB	PMSS*		Salaire TA TB	PMSS		Salaire TA TB	PMSS		PMSS	PMSS
Employeur	1,41 %	0,37 %	0,35 %	**1,78 %**	**0,35 %**		+ 0,09 %	+ 0,285 %		+ 0,81 %	+ 0,285 %		+ 0,25 %	-
Salarié	-	0,17 %	0,35 %	**0,17 %**	**0,35 %**	+	+ 0,09 %	+ 0,285 %		+ 0,09 %	+ 0,285 %	+	+ 0,25 %	+ 0,60 %
Total	**1,41 %**	**0,54 %**	**0,70 %**	**1,95 %**	**0,70 %**		**+ 0,18 %**	**+ 0,57 %**		**+ 0,90 %**	**+ 0,57 %**		**+ 0,50 %**	**+ 0,60 %**

PERSONNEL NON CADRE

	RÉGIME CONVENTIONNEL PRÉVOYANCE ET SANTÉ								GARANTIES COMPLÉMENTAIRES APGIS	
	Minimum obligatoire						*Au choix de l'employeur*			*Au choix du salarié[3]*
	Base Obligatoire Non cadres						Supplémentaire [1]	et/ou	SANTÉ+ [1] [2]	SANTÉ+ [1]
	Prévoyance	Santé		Total			Santé		Santé	Santé
Assiette de cotisations	Salaire TA TB	Salaire TA TB	PMSS*	Salaire TA TB	PMSS*		PMSS		PMSS	PMSS
Employeur	1,46 %	0,44 %	0,35 %	**1,90 %**	**0,35 %**		+ 0,285 %		+ 0,25 %	-
Salarié	0,81 %	0,30 %	0,35 %	**1,11 %**	**0,35 %**	+	+ 0,285 %		+ 0,25 %	+ 0,60 %
Total	**2,27 %**	**0,74 %**	**0,70 %**	**3,01 %**	**0,70 %**		**+ 0,57 %**		**+ 0,50 %**	**+ 0,60 %**

ADHÉRENTS FACULTATIFS AU RÉGIME FRAIS DE SOINS DE SANTÉ (Non cadres et Cadres et assimilés) [4]

	RÉGIME CONVENTIONNEL SANTÉ				GARANTIES COMPLÉMENTAIRES APGIS
	Base (RPO)		Supplémentaire (RSF et RSF+) [1]		SANTE+ [1]
	PMSS*		PMSS		PMSS
Conjoint non à charge (Adulte non retraité)	**1,33 %**	+	**+ 0,60 %**	+	**+ 0,40 %**
Enfant non à charge (Par enfant, gratuité à partir du 4ème)	**0,79 %**		**+ 0,36 %**		**+ 0,20 %**

(1) Cette cotisation vient en supplément de la Base Obligatoire.

(2) La garantie s'applique à tous les salariés de la catégorie du personnel concernée. L'employeur doit formaliser la mise en place de la garantie par un acte de mise en place.

(3) L'adhésion Santé+ à titre facultatif n'est possible que si l'employeur n'a pas adhéré à Santé+ à titre obligatoire pour la catégorie de personnel concernée. Si le salarié choisi la garantie Santé+ , elle s'applique au salarié et à sa famille affiliée à titre obligatoire en contrepartie du paiement d'une cotisation totalement à la charge du salarié.

(4) Les ayants droit non couverts par la cotisation obligatoire (conjoints et enfants «non à charge») peuvent bénéficier des mêmes couvertures santé que le salarié en adhérant à titre facultatif et en contrepartie du paiement d'une cotisation totalement à leur charge.

* Pour la base obligatoire, la cotisation santé en % du Plafond de la Sécurité sociale dépend du nombre d'employeurs. Le salarié doit justifier qu'il cotise chez plusieurs employeurs.

	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,35 %	0,175 %	0,115 %	0,090 %
Salarié	0,35 %	0,175 %	0,115 %	0,090 %
TOTAL	0,70 %	0,35 %	0,23 %	0,18 %

SERVICE DSN
dsn@apgis.com

SERVICE COTISATIONS
01 49 57 16 60
cotisations.officine@apgis.com

ABRÉVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. A titre indicatif : 3 377 € pour l'année 2019

TA : Tranche A (fraction de la rémunération brute limitée au PMSS)

TB : Tranche B (fraction de la rémunération brute supérieure au PMSS et dans la limite de quatre PMSS)

Garanties Prévoyance

Cadre et assimilé / Non cadre

SERVICE PRÉVOYANCE
01 49 57 45 55 / prevoyanceofficines@apgis.com

NATURE DES GARANTIES (*)	Base obligatoire Cadre et assimilé (RPO)	Supplémentaire Cadre et assimilé (RSF)	Supplémentaire Cadre et assimilé Franchise réduite (RSF +)	Base obligatoire Non cadre
DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES				
Versement d'un capital en fonction de la situation de famille, égal à :				
Célibataires, veufs, divorcés sans Personne à charge	200 % TA et TB	300 % TA et TB		200 % TA et TB
Célibataires, veufs, divorcés avec Personne à charge	250 % TA et TB	375 % TA et TB		250 % TA et TB
Mariés ou liés par un Pacs avec ou sans Personne à charge	250 % TA et TB	400 % TA et TB		250 % TA et TB
Par Personne à charge supplémentaire (au-delà d'une Personne à charge) majoration de	/	25 % TA et TB		/
DÉCÈS ACCIDENTEL (capital supplémentaire au capital décès indiqué ci-dessus)				
Versement d'un capital supplémentaire égal à :				
Célibataires, veufs, divorcés sans Personne à charge	100 % TA			100 % TA
Célibataires, veufs, divorcés avec Personne à charge	150 % TA			150 % TA
Mariés ou liés par un Pacs avec ou sans Personne à charge	150 % TA			150 % TA
FRAIS D'OBSÈQUES				
En cas de décès du Participant, de son conjoint ou de son partenaire de PACS, d'un Enfant à charge ou d'un ascendant à charge, versement d'une allocation égale à :	750 € dans la limite des frais réels engagés			750 € dans la limite des frais réels engagés
RENTE ÉDUCATION				
En cas de décès du Participant, quelle qu'en soit la cause, versement d'une rente temporaire annuelle à chacun des enfants qui était à la charge du Participant (tels que définis au Contrat) lors de son décès				
Enfant à charge âgé de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	5 % TA et TB	6 % TA et TB		5 % TA et TB
	Avec un minimum de 3 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès			
Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère ou si l'enfant est handicapé tel que défini dans le Contrat. La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé.				
RENTE D'ÉDUCATION EN CAS D'INVALIDITÉ (Invalidité 2e ou 3e catégorie ou Incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 50 % du Participant)				
Versement d'un rente temporaire annuelle égale à :				
Enfants à charge de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année	243 €	365 €		/
Enfants à charge de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année	405 €	624 €		/
Enfants à charge de 18 ans et plus et de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	608 €	908 €		/
DOUBLE EFFET				
Si le conjoint ou le partenaire de PACS décède pendant la Garantie Temporaire, le capital est versé au bénéfice des enfants toujours à charge au moment où intervient le décès du Conjoint, par parts égales entre eux.	137,50 % TA et TB	227,50 % TA et TB		100 % du capital décès
Par Enfant à charge supplémentaire, majoration de :	27,50 % TA et TB	40 % TA et TB		/
PRÉDÉCÈS DU CONJOINT, D'UN ENFANT OU D'UN ASCENDANT À CHARGE				
Versement d'un capital égal à				
Conjoint ou partenaire lié par un PACS ayant un enfant à charge	20 % TA et TB + 10 % TA et TB par Personne à charge			/
Enfant ou Ascendant à charge	20 % TA et TB			/
INCAPACITÉ TEMPORAIRE (**)				
Versement d'une indemnité journalière égale à :				
En cas d'incapacité temporaire de travail résultant d'un accident ou d'une maladie non professionnelle :	40 % TA et 90 % TB en complément des prestations versées par le Régime obligatoire			82 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime obligatoire
En cas d'incapacité de travail résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle :				
FRANCHISE : Les prestations sont versées à partir du :				
Pour les **Cadres et assimilés cadres ayant moins d'un an de présence** dans l'entreprise	4e jour d'arrêt de travail (inclus)			/
Pour les **Assimilés cadres ayant au moins un an de présence** dans l'entreprise	31e jours d'arrêt de travail (inclus)		4e jour d'arrêt de travail (inclus)	/
Pour les **Cadres ayant au moins un an de présence** dans l'entreprise	61e jour d'arrêt de travail (inclus)	51e jour d'arrêt de travail (inclus)	4e jour d'arrêt de travail (inclus)	/
Pour les **Non cadres**	/	/	/	4e jour d'arrêt de travail (inclus)
INVALIDITÉ - INCAPACITÉ PERMANENTE (**)				
Versement d'une rente égale à :				
Invalidité de 2e ou 3e catégorie ou Incapacité permanente avec un taux supérieur ou égal à 67 % :	90 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire (hors majoration pour tierce personne)			90 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire (hors majoration pour tierce personne)
Invalidité de 1ère catégorie ou Incapacité permanente avec un taux ou égal à 40 % et inférieur à 67 % :	La rente versée ci-dessus est réduite de 25 %			La rente versée ci-dessus est réduite de **25 %**
Incapacité permanente avec un taux inférieur à 40 % :	Aucune rente versée			Aucune rente versée
MATERNITÉ - PATERNITÉ - ADOPTION (**)				
À compter du 1er jour d'arrêt de travail en cas de maternité, de paternité ou d'adoption intervenant au moins 280 jours après la date d'entrée dans le régime professionnel conventionnel mutualisé ou de la rupture du contrat de travail du Participant	100 % du salaire brut de référence. Le cumul des prestations versées par le Régime obligatoire et par l'Institution après précompte des cotisations sociales ne peut être supérieur ou égal à la TA nette de cotisations sociales.			82 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire

* Selon les dispositions et conditions prévues par la Convention d'assurance OF/PREV

** Le cumul des sommes versées après précompte des cotisations sociales par l'Institution, le Régime Obligatoire, l'Entreprise adhérente et tout autre revenu perçu en application de la Convention collective, est limité à 100 % du Salaire de référence net de cotisations sociales.

Exemples de remboursements

Ces exemples se basent sur une couverture comprenant la base obligatoire, le régime supplémentaire et Santé +

DENTAIRE

Couronne dentoportée céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % Santé)

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION * :	500 €
REMBOURSEMENT RO *	108 €
+	
BASE OBLIGATOIRE RPO	392 €
=	
RESTE À CHARGE *	0 €

Couronne dentoportée céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (panier maîtrisé)

PRIX MOYEN PRATIQUÉ *	538,70 €				
REMBOURSEMENT RO *	108 €				
+					
BASE OBLIGATOIRE RPO	312 €	+	SUPPLÉMENTAIRE RSF	+	SANTÉ + **
			+ 84 €		+ 34,70 €
=			=		=
RESTE À CHARGE *	142,70 €		RESTE À CHARGE *		RESTE À CHARGE *
			34,70 €		0 €

Couronne dentoportée céramo-métallique sur molaires (panier libre)

PRIX MOYEN PRATIQUÉ *	538,70 €				
REMBOURSEMENT RO *	96,75 €				
+					
BASE OBLIGATOIRE RPO	37,63 €	+	SUPPLÉMENTAIRE RSF	+	SANTÉ + **
			+ 317,12 €		+ 87,20 €
=			=		=
RESTE À CHARGE *	404,32 €		RESTE À CHARGE *		RESTE À CHARGE *
			87,20 €		0 €

Couronne dentoportée céramo-céramique (panier libre)

HYPOTHÈSE DE FRAIS RÉELS *	750 €				
REMBOURSEMENT RO *	96,75 €				
+					
BASE OBLIGATOIRE RPO	37,63 €	+	SUPPLÉMENTAIRE RSF	+	SANTÉ + **
			+ 317,12 €		+ 298,50 €
=			=		=
RESTE À CHARGE *	615,62€		RESTE À CHARGE *		RESTE À CHARGE *
			298,50 €		0 €

OPTIQUE

Équipement optique de classe A : monture + 2 verres unifocaux avec sphère -6 à 8 dioptries (équipement 100 % Santé)

PRIX LIMITE DE VENTE	125 €
REMBOURSEMENT RO *	33,75 €
+	
BASE OBLIGATOIRE RPO	91,25 €
=	
RESTE À CHARGE *	0 €

Équipement optique de classe B : monture + 2 verres unifocaux sphérique avec sphère - 6 à + 6 dioptries

PRIX MOYEN PRATIQUÉ *	345 €		
REMBOURSEMENT RO *	0,13 €		
+			
BASE OBLIGATOIRE RPO	229,87 €	+	SUPPLÉMENTAIRE RSF
			115 €
=			=
RESTE À CHARGE *	115 €		RESTE À CHARGE *
			0 €

SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires libres (non-adhérent à un OPTAM****)

PRIX MOYEN PRATIQUÉ *	56 €				
REMBOURSEMENT RO *	19,70 €				
+	BASE OBLIGATOIRE RPO	+	SUPPLÉMENTAIRE RSF	+	SANTÉ +
	16,33 €		3,22 €		+ 5,75 €
	=		=		=
	RESTE À CHARGE *		RESTE À CHARGE *		RESTE À CHARGE *
	19,97 €		16,75 € ***		11 € ***

D'autres exemples de remboursement sont disponibles sur notre site internet, rubrique Salariés / Pharmacies d'officine.

* Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.
** Dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire de 300 €.
*** La participation forfaitaire (forfait de 1 €) n'est pas garantie par le régime.
**** OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

Les exemples sont réalisés sur la base des tableaux de garanties pour l'année 2020.

Document non contractuel. Les informations fournies ne sont pas exhaustives.
Pour connaître les conditions et limites du régime de protection sociale, reportez-vous au Contrat.

apgis
APGIS Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304 217 904. Siège social : **12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex**