

# ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION

## FRAIS DE SANTÉ



Comme vous !



malakoff médéric



### NOTICE D'INFORMATION

### CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE

« SALARIE »

## SOMMAIRE

L'objet du contrat souscrit par votre employeur	2
Votre affiliation	2
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	2
Les cotisations	5
Les prestations	5
Quelles sont vos formalités déclaratives ?	7
Les généralités du contrat	8
Lexique	11

## GLOSSAIRE

Dans votre notice, sont utilisés les termes suivants :

**L'organisme assureur** est l'opérateur unique qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

**L'assuré** est le salarié ou l'ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévues au contrat. Il sera désigné par **vous**.

**Par portabilité de la couverture d'assurance** il faut entendre le maintien des garanties frais de santé accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif, dans les conditions prévues par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

## PREAMBULE

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, et l'organisme assureur auprès duquel votre employeur a souscrit le contrat.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des Conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés.

## INFORMATION POUR LE SALARIE :

Conditions de couverture **obligatoire** choisie par l'entreprise :

Structure de cotisation	Niveau de garanties
salarié	soit, la formule <b>base 1</b> soit, la formule <b>base 2</b> soit, la formule <b>base 3</b>

Le cas échéant, la couverture surcomplémentaire à laquelle vous pouvez adhérer :

Structure de cotisation	Niveau de garanties choisi par l'entreprise à titre obligatoire	Niveau de garanties facultatives surcomplémentaire choisi par le salarié
Salarié + conjoint et/ou enfants à charge (si adhésion du salarié au contrat collectif « extension »)	si formule base 1	soit, surcomplémentaire base 2 soit, surcomplémentaire base 3
	si formule base 2	surcomplémentaire base 3
	si formule base 3	

**IMPORTANT**  
**Document à signer et à remettre**  
**à votre employeur**

**PARTIE A RENSEIGNER PAR LE SALARIE :**

Je soussigné(e), .....

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant la garantie frais de santé prévue au contrat collectif souscrit par mon entreprise et avoir pris connaissance des conditions de couverture obligatoire qui me sont applicables.

À ..... le .....

Signature :





## L'objet du contrat souscrit par votre employeur

---

### Objet du contrat

Il s'agit d'un **contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire**, souscrit par votre employeur, assuré par un des organismes assureurs indiqués au paragraphe « organisme assureur du contrat ».

Le contrat est dédié aux entreprises relevant de la Branche professionnelle : « **Ateliers et Chantiers d'Insertion** » (IDCC 3016)

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons le remboursement dans la limite des frais réellement engagés de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

A titre informatif, il est précisé que vous disposez de la faculté d'améliorer votre niveau de couverture et le cas échéant d'en étendre le bénéfice à votre conjoint et/ou vos enfants, dans le cadre de contrats collectifs facultatifs (distinct du contrat collectif à adhésion obligatoire) ; la cotisation correspondante est intégralement à votre charge.

Le contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et respecte les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code, décrits au paragraphe « critères du contrat responsable et de la couverture minimale ».

### Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », votre Convention Collective Nationale institue notamment la mise en œuvre d'actions de prévention ainsi qu'une action sociale, tant collectives qu'individuelles, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Les orientations des actions de prévention, les règles de fonctionnement ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la Commission Paritaire Nationale de Négociation et retranscrites dans le Règlement du Fonds de solidarité dédié créé à cet effet.

### Organismes assureurs du contrat

L'organisme assureur du contrat souscrit par votre employeur est un des opérateurs suivants :

- APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est 38 rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire,
- Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris,
- MUTEX - l'alliance mutualiste composée de :
  - o MUTUELLE CHORUM, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, Siège social : 4/8 Rue Gambetta – 92240 MALAKOFF substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
  - o ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
  - o APREVA, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin – BP 1173 – 59012 LILLE
  - o EOVI MCD, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic – 75016 PARIS
  - o HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, Siège social : 143 rue

Blomet – 75015 PARIS

- OCIANE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social : 8, terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex
- MUTEX, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont coassureurs entre eux dans le cadre du dispositif MUTEX - l'alliance mutualiste. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX.

L'entreprise a choisi l'organisme assureur auprès duquel elle souhaitait souscrire le contrat. L'organisme retenu est l'assureur unique et l'interlocuteur de vous et votre entreprise. **Les organismes assureurs précités ne sont pas coassureur du contrat.**

Une fois affilié au contrat, vous devenez soit participant de l'Institution soit membre participant de la Mutuelle auprès de laquelle a été souscrit le contrat (vous ne devenez pas membres de l'ensemble des organismes assureurs précités).

## Votre affiliation

---

### Votre affiliation obligatoire

Le contrat souscrit par votre employeur est collectif et obligatoire. Toutefois, cette obligation d'être affilié au contrat s'exerce sous réserve des cas de dispense expressément prévus par l'acte juridique instituant les garanties frais de santé et la réglementation en vigueur.

Seule votre affiliation est obligatoire. Comme évoqué préalablement, nous vous précisons que vous pouvez demander à ce que vos ayants droit bénéficient de la même couverture frais de santé. Pour connaître les modalités de cette affiliation facultative, nous vous invitons à vous reporter à la notice spécifique « extension conjoint et/ou enfant à charge ».

### Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation (ou bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, le cas échéant). Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation, à votre employeur qui s'engage à nous le faire parvenir.

Ces documents doivent nous être retournés dans les trente jours qui suivent la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée par le contrat.

### Structures d'affiliation

La structure de cotisation prévue au contrat collectif à adhésion obligatoire est la suivante :

- « SALARIE » ;

## Quand bénéficiez-vous des garanties ?

---

### Quand prennent effet vos garanties ?

#### Pour vous

Sous réserve que votre demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet du contrat si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion ou le cas échéant, une ancienneté suffisante) postérieurement à la souscription,
- au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation, si vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation.

## Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet du contrat

Vous bénéficiez des garanties du contrat si vous continuez à remplir les conditions prévues au paragraphe « Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ? », sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa couverture jusqu'à expiration de vos droits au dispositif de portabilité.

### Quand cessent vos garanties ?

#### Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « *Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?* »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- en cas de non paiement des cotisations,
- au jour de votre décès, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi « Evin » en ce qui concerne les ayants droit garanties du chef du salarié décédé.

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

### Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, pendant les périodes suivantes :

- maintien total ou partiel de salaire par l'entreprise,
- arrêt de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires, ou à une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance,
- congé de maternité ou de paternité.

Les garanties ainsi maintenues le sont tant que vous faites partie des effectifs. Les cotisations sont intégralement dues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de garanties, vous pouvez demander le maintien de la couverture frais de santé, en contrepartie du paiement de l'intégralité de la cotisation (parts salariale et patronale cumulées). Cette faculté s'exerce dans les conditions suivantes :

- pour être recevable, la demande doit être faite au plus tard dans les trente jours suivant le début de la période de suspension ;
- vous pouvez renoncer à votre demande, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de sa prise en compte ; cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à notre siège social, suivant le modèle suivant : « *Je soussigné(e)....., ..... ayant le numéro de Sécurité sociale....., déclare renoncer au maintien individuel pendant la suspension de mon contrat de travail, ayant pris effet le ..... et demande le remboursement de la cotisation déjà versée* » ; le remboursement intégral de la cotisation éventuellement versée sera effectué dans les trente jours suivant la réception du courrier, sous réserve de la restitution préalable des prestations qui auraient été versées entre-temps ;
- les cotisations sont payables mensuellement d'avance dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur votre compte (compte bancaire ouvert en France) et à ce titre, vous nous remettez un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA ; vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations ;
- à défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions énoncées ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée ; si le paiement n'est toujours pas intervenu, le maintien de couverture est suspendu trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, puis est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation est définitive (vous ne pourrez bénéficier à nouveau des garanties que lorsque vous réintègrerez la catégorie de personnel assurée par le contrat d'assurance, à l'issue de la période de suspension du contrat de travail).

### Que se passe-t-il en cas de cessation du contrat de travail ? Le dispositif de portabilité

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous bénéficiez du maintien de vos garanties, conformément aux dispositions de L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ; aucune cotisation n'est à votre charge pendant la période de maintien.

Ce maintien est également accordé à vos ayants droit déclarés qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail. Le maintien de vos garanties prend effet au lendemain de la date de la cessation de votre contrat de travail.

Vous êtes tenu de nous remettre, les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le cas échéant, mensuellement, l'attestation de versement des allocations chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties,
- les dates de début et de fin de la période de maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez ce même employeur, appréciée en mois et le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit et ce, dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

### Maintien individuel des garanties hors portabilité

Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, ainsi que vos ayants droit garantis suite à votre décès, pouvez demander à bénéficier du maintien des garanties du contrat souscrit par votre employeur.

### Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription doit être faite **dans les six mois suivant, selon le cas, la cessation du contrat de travail ou votre décès.**

Si vous bénéficiez de la « portabilité », le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Votre employeur doit nous informer de la cessation de votre contrat de travail, ou de votre décès, dès lors que cet événement est éligible au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture. Nous adressons la proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation de votre contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire (portabilité) ou de votre décès.



La demande de souscription prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

### Le maintien des présentes garanties (loi Evin)

S'agissant des ayants droit souhaitant bénéficier du dispositif à la suite de votre décès, le maintien des garanties est temporaire, pour une période de 12 mois à compter de votre décès.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet dudit maintien.

## Les cotisations

---

Les cotisations qui nous sont versées par votre employeur sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, non proratisable. Celles-ci évolueront chaque année notamment suite à l'évolution de ce plafond.

Dans le cas où vous exercer une activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

Lorsque des évolutions sont décidées, celles-ci se font en fonction du rapport sinistre/prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale totale, de l'évolution démographique des populations garanties, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits.

## Les prestations

---

### Quelles sont les prestations ?

Le niveau des prestations est décrit au tableau de garanties.

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- de frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique, non pris en charge par la Sécurité sociale, le cas échéant prévus au tableau de garanties,
- de soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques, le cas échéant prévus au tableau de garanties,

Le contrat prend en charge 100% de la base de remboursement des prestations liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le remboursement des soins et actes en secteur non conventionné se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale, ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

## Quelles sont les limites de remboursement ?

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies au paragraphe intitulé « *Quelles sont les prestations ?* » ci-dessus.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

## Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Les garanties de votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- la prise en charge du **ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales (dans le cadre d'une « base 1 »), des médicaments remboursés à 15% (dans le cadre d'une « base 1 ») et de l'homéopathie. Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- la prise en charge intégrale du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée, sous réserve des exclusions suivantes : les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...), ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier,
- la prise en charge des **frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
- la prise en charge **des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les assurés mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

**Sous réserve que le contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins** prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

**Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :**

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

### **Disposition pour les départements du Bas Rhin, du Haut Rhin et de la Moselle**

Si vous relevez du régime local Alsace Moselle, l'organisme assureur tiendra compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

### **Tiers payant**

Le service du tiers payant, qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais, vous est accordé pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé avec lesquels nous avons conclu des conventions.

Le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect, par le professionnel de santé, de tarifs maximums ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

En cas de radiation des effectifs, vous devez sans délai nous retourner votre carte de tiers payant santé.

### **Contrôle médical**

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toutes demandes concernant les prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous ou vos ayants droit refusez de vous soumettre à cette expertise, la prise en charge des actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise, sera suspendue.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin conseil, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés, à parts égales, par les deux parties.

## **Quelles sont vos formalités déclaratives ?**

---

### **Comment obtenir un remboursement ?**

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre employeur.

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre organisme complémentaire », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour notre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

**Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.**

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

### **A qui adresser vos courriers ?**

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé.

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

## **Les généralités du contrat**

---

### **Pièces justificatives**

Le paiement de nos prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons fondés à l'issue du contrôle à demander la restitution des sommes réglées indûment.

### **Prescription**

**Les actions relatives au contrat souscrit par votre employeur sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois ce délai ne court :**

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque là.

**Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :**

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **la demande en justice, même en référé (article 2241 à 2243 du Code civil),**
- **un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).**

**La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

### **Déclaration et appréciation du risque**

Les déclarations faites, tant par vous-même que par votre employeur, servent de base à la garantie. Nous nous réservons la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, la garantie accordée par l'organisme assureur est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations réglées demeurent acquises à l'organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages-intérêts.

### **Mobilité des assurés à l'étranger**

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du contrat et notamment si :

- vous résidez en France et exercez votre activité sur le territoire français,
- vous résidez en France et exercez votre activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
- vous résidez à l'étranger et exercez votre activité professionnelle sur le territoire français et que vous êtes affiliés au régime de Sécurité sociale française.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du contrat d'accès aux soins » et « hors contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins » indiqués dans votre tableau de garanties.

Ces garanties s'exercent également si vous êtes en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

### **Subrogation**

Lorsque vous êtes atteints d'une affection ou êtes victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Si vous êtes atteint de blessures imputables à un tiers, vous et/ ou, le cas échéant, votre entreprise, devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

## A qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre entreprise ou vous pouvez contacter l'organisme assureur ayant recueilli votre adhésion (ou le cas échéant au délégataire de gestion mandaté par l'organisme assureur), à savoir :

- Pour APICIL Prévoyance : au service Relations clients – Groupe APICIL – 38, rue François Peissel – 69300 Caluire et Cuire,
- Pour Malakoff Médéric Prévoyance : au Service Réclamations Entreprises / Particuliers – 21 rue Laffitte 75009 Paris (ou par e-mail : [reclamation-entreprise@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-entreprise@malakoffmederic.com) / [reclamation-particulier@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-particulier@malakoffmederic.com) ),
- Pour les organismes assureurs de MUTEX – l'alliance mutualiste : à la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous et les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de l'organisme ayant recueilli votre adhésion, à savoir :

- Pour APICIL Prévoyance, au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS (ou par internet : [www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)).
- Pour Malakoff Médéric Prévoyance, au médiateur du: Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), 10 rue Cambacérès, 75008 PARIS (ou par internet : [www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)),
- Pour les organismes assureurs de MUTEX – l'alliance mutualiste : au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières,

Ce médiateur doit être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement et de réclamations propres à chaque organisme assureur.

## Informatique et libertés

Les données communiquées dans le cadre du contrat sont destinées à l'organisme assureur ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion du contrat, la gestion et son exécution. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé. Elles pourront également faire l'objet d'un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les informations qui vous sont demandées, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion du contrat, sont nécessaires pour prendre en compte votre adhésion.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Vous pouvez exercer ce droit en justifiant de votre identité à l'adresse de l'organisme assureur ayant recueilli votre adhésion, à savoir :

Pour APICIL Prévoyance :

Groupe APICIL : 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE

Pour Malakoff Médéric Prévoyance :

Malakoff Médéric - Pôle informatique et libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 9  
ou par courriel : [sgil@malakoffmederic.com](mailto:sgil@malakoffmederic.com)

Pour les organismes assureurs de Mutex – l'alliance mutualiste :

Mutex : Correspondant Informatique et Libertés – 125 avenue de Paris – 92327 Châtillon Cedex

## Contrôle de l'organisme assureur

Les organismes assureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

## Lexique

---

### Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

### Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

### Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

### Contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale. Il a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins, en incitant les médecins de secteur 2 à modérer leur pratique tarifaire, et en améliorant la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.

En effet, le contrat aligne, au même niveau, les bases de remboursement des médecins des secteurs 1 et 2. Ainsi, pour une consultation de spécialiste de secteur 2 facturée 40 euros, le reste à charge du patient doit s'élever à 12 euros dans le cadre du contrat d'accès aux soins (contre 17 euros hors contrat), cette consultation étant remboursée sur la base de 28 euros (contre 23 euros auparavant) hors participation forfaitaire.

Le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.

### Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

### Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

### Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 ; une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

### Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

### Participation forfaitaire

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

### Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

### TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

### TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

### TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

### TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

### TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif de convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

### Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.



**Comme vous !**

APICIL PREVOYANCE  
Institution de Prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale  
38, rue François Peissel 69300 CALUIRE et CUIRE  
[www.apicil.com](http://www.apicil.com)



**malakoff médéric**

**MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE**  
Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale  
21 rue Laffitte 75009 Paris  
[www.malakoffmederic.com](http://www.malakoffmederic.com)



Société Anonyme à Directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 €, enregistrée au RCS de Nanterre sous le n°529 219 040, société régie par le Code des assurances  
125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex  
[www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)