

ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION

FRAIS DE SANTÉ



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

SURCOMPLEMENTAIRE

« SALARIE / CONJOINT ET/OU ENFANTS A CHARGE »

SOMMAIRE

L'objet du contrat	1
Votre affiliation	2
Quand bénéficiez-vous de la garantie ?	3
Les cotisations	8
Les prestations	9
Quelles sont vos formalités déclaratives ?	11
Les généralités du contrat	13
Lexique	16

GLOSSAIRE

Dans cette notice, les termes suivants sont utilisés :

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 prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**.

Les ayants droit sont les membres de votre famille pouvant bénéficier des garanties du contrat.

Le contrat de base est le contrat collectif **obligatoire** que votre employeur a préalablement souscrit au bénéfice des salariés et dont vous bénéficiez.

Le contrat extension conjoint et/ou enfants à charge est le contrat collectif **facultatif** que votre employeur a préalablement souscrit et qui vous permet d'étendre le bénéfice de vos garanties à vos ayants droit.

Le contrat « surcomplémentaire » est le contrat collectif **facultatif** que votre employeur a potentiellement souscrit pour permettre à vos ayants droit de faire bénéficier de garanties supérieures.

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 base 1 soit, la formule base 2

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 souscrite par mon entreprise, dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, me permettant de demander à bénéficier d'un niveau de couverture frais de santé surcomplémentaire, pour moi-même et le cas échéant mes ayants droit.

À..... le.....

Signature :



L'objet du contrat

Objet du contrat

Le contrat est un **contrat d'assurance collectif à adhésion facultative**, 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)

Votre employeur l'a souscrit en complément du contrat collectif obligatoire bénéficiant aux salariés (« contrat de base ») et, le cas échéant, du contrat collectif facultatif « extension conjoint et/ou enfants à charge ».

Ce contrat vous donne la possibilité de demander à bénéficier d'un niveau de couverture surcomplémentaire, **pour autant que vous soyez affilié préalablement au « contrat de base » et le cas échéant à « l'extension conjoint et/ou enfants à charge ».**

La présente notice vous indique les conditions dans lesquelles nous accordons aux assurés le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, de tout ou partie des frais de santé en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le contrat surcomplémentaire intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Il 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, décrits au paragraphe « critères du contrat responsable ».

L'organisme assureur auprès duquel votre employeur a souscrit le contrat est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout -75436 Paris CEDEX 09.

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 EОВI 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 et l'interlocution du dispositif 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

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour pouvoir adhérer au contrat surcomplémentaire, vous devez préalablement être couvert par le contrat collectif à adhésion obligatoire. De même, pour pouvoir bénéficier du même niveau de couverture, vos ayants droit devront, au préalable, être couverts par le contrat collectif à adhésion facultative « extension, vous devez les avoir affiliés préalablement à « l'extension conjoint et/ou enfants à charge ».

Le contrat est conçu pour assurer un même niveau de couverture, bénéficiant à l'assuré et aux ayants droit. Par conséquent, il n'est pas possible de vous y affilier seul (alors que vous avez affiliés des ayants droit à l'extension), ou d'y affilier uniquement vos ayants droit.

Toute disposition affectant vos droits à garantie dans le cadre du « contrat de base » et le cas échéant de « l'extension conjoint et/ou enfants à charge », (cf. notice remise à cet effet), s'applique automatiquement et dans les mêmes conditions aux bénéficiaires du contrat surcomplémentaire.

Vous pouvez demander votre affiliation et le cas échéant celle de vos ayants droit uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date à laquelle vous êtes vous-mêmes assuré par le contrat collectif à adhésion obligatoire (salarié présent lors de la mise en place du contrat d'assurance et ultérieurement, embauche, promotion, dispense d'affiliation ayant pris fin),
- un changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, divorce, naissance, adoption...),
- un changement de situation professionnelle de vos ayants droit (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'ils cessent d'être couverts, soit qu'ils soient dans l'obligation d'être couverts, par le régime frais de santé mis en place au sein de votre entreprise.

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin d'affiliation, accompagné des pièces justificatives nécessaires. **Vous remettez votre bulletin à votre employeur qui s'engage à nous le faire parvenir dans les meilleurs délais.**

En cas de pluralité de formules surcomplémentaires, vous exprimez votre choix au moyen du même document d'affiliation.

Ce même document sert également à signaler par la suite les changements de situation familiale.

Vous devez également compléter et signer un mandat de prélèvement SEPA.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Les membres de votre famille sont obligatoirement ceux qui bénéficient préalablement de « l'**extension conjoint et/ou enfants à charge** » ; ceux-ci peuvent être :

- **votre conjoint** : est considéré comme conjoint, votre époux ou votre épouse, non séparé(e) de corps judiciairement, ayant ou non une activité professionnelle. A défaut, est assimilé comme conjoint :
 - o votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
 - o votre concubin : la personne avec laquelle vous vivez en couple dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code Civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (quittance de loyer, facture EDF...) ; les concubins ne doivent être, ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un PACS ;
- **vos enfants à charge**. Sont considérés comme enfants à charge :
 - vos enfants fiscalement à votre charge ou ceux de votre conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient :
 - o âgés de moins de 18 ans (sans autres conditions) ;
 - o âgés de moins de 26 ans et qu'ils :
 - poursuivent leurs études,
 - le cas échéant, soient à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - le cas échéant, soient sous contrat d'apprentissage,
 - le cas échéant, exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel ;
 - vos enfants quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire ;
 - les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié.

Structures d'affiliation

La cotisation au contrat surcomplémentaire est calculée selon la même structure d'affiliation utilisée par le « contrat de base » obligatoire et le cas échéant par le contrat « extension conjoint et/ou enfants à charge », à savoir :

- SALARIE,
- CONJOINT,
- ENFANT (par enfant, sans cotisation supplémentaire à compter du 3^{ème} enfant).

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 suivant l'un des événements visés au paragraphe « votre affiliation / quelles sont les modalités d'affiliation ? », les garanties prennent effet, selon le cas :

- à la date d'effet du contrat surcomplémentaire,
- à la date d'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, lorsque vous avez préalablement bénéficié d'une dispense d'affiliation.

Au delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande (sous réserve de la recevabilité de l'affiliation selon le délai fixé au paragraphe « votre affiliation »).

Pour vos ayants droit

Pour les membres de votre famille affiliés préalablement à « extension conjoint et/ou enfants à charge », la prise d'effet est fixée :

- à la même date d'effet que celle retenue pour vous-même,
- à la date à laquelle un nouvel ayant droit vient à répondre aux conditions requises.

Pour les anciens salariés en cours de portabilité à la date d'effet du contrat :

Si à la date d'effet du contrat surcomplémentaire, vous êtes un ancien salarié disposant, en vertu de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, de droits à portabilité ouverts auprès d'un précédent organisme assureur : le contrat assure la continuité de la portabilité pour la période de droits restant à courir, dès lors que vous continuez de justifier de l'ouverture de droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage et sous réserve toutefois que l'assureur précédent ne maintienne pas la couverture jusqu'à expiration de vos droits au dispositif de portabilité.

Comment changer de formule surcomplémentaire ?

Si le contrat souscrit par votre employeur vous donne la possibilité de choisir entre plusieurs niveaux surcomplémentaires, vous pouvez être amenés à souhaiter changer de formule, ceci pour l'ensemble des bénéficiaires.

Le choix du niveau de garantie devra se faire au moment de votre adhésion au régime.

Le cas échéant, vous pourrez modifier votre choix :

- **à la hausse** (augmentation du niveau de garanties facultatives et/ou extension des garanties aux ayants droit), pour une application :
 - o au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de votre demande, sous réserve que vous en fassiez la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
 - o au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de votre demande, en cas de changement de situation de famille.
- **à la baisse** (baisse du niveau de garanties facultatives et/ou arrêt des garanties aux ayants droit), pour une application :
 - o au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de votre demande, sous réserve que vous puissiez justifier d'une durée de 2 années civiles d'adhésion dans le niveau de garantie précédent, et que vous en fassiez la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente,
 - o au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de votre demande, en cas de changement de situation de famille.

Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer au contrat, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de l'affiliation.

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 à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative surcomplémentaire frais de santé n°....., ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée* ».

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les trente jours suivant la réception du courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, celles devront nous être intégralement restituées préalablement.

Votre renonciation est définitive pour vous et vos ayants droit.

Faculté de dénonciation

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous avez la faculté de dénoncer l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires (vous-même et vos ayants droit) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, vous pouvez dénoncer l'affiliation au contrat de l'ensemble des bénéficiaires (vous-même et vos ayants droit) à chaque échéance annuelle du 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

La dénonciation vaut pour l'ensemble des personnes garanties par le contrat surcomplémentaire et est définitive. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

En outre, le contrat étant notamment conçu pour compléter le « contrat extension conjoint et/ou enfant à charge », la dénonciation d'affiliation à cette extension entraîne automatiquement la dénonciation d'affiliation du conjoint et/ou des enfant(s) à charge au contrat surcomplémentaire, à la même date.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent à la date à laquelle vous cessez de bénéficier du « contrat de base », c'est-à-dire pour mémoire :

- à la date d'effet de la résiliation dudit contrat de base,
- pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf dispositions exposées à la rubrique « 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 les conditions permettant de bénéficier du maintien de la portabilité cessent d'être remplies, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- en cas de non paiement des cotisations,
- à la date du 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.

Les garanties cessent en outre :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'affiliation est dénoncée, dans les conditions visées plus haut au paragraphe « Dénonciation de l'affiliation »,
- en cas de non paiement des cotisations
- à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire.

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

Pour vos ayants droit

Pour les ayants droit, les garanties cessent :

- à la même date ou pendant les mêmes périodes que pour vous-même,
- à la date à laquelle l'ayant droit ne répond plus aux conditions requises,
- à la date à laquelle le contrat collectif a été résilié,
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de « l'extension contrat extension conjoint et/ou enfants à charge » parce que vous avez demandé la radiation).

- à la date de votre décès sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit garantis du chef du salarié décédé.

La radiation est définitive ; une fois radiés, vous et le cas échéant vos ayants droit ne pourrez plus bénéficier des garanties surcomplémentaires.

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

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer à vous et le cas échéant vos ayants droit, selon le même principe que pour vos propres garanties (contrat de base), c'est-à-dire dans le cas où votre contrat de travail est suspendu, pendant les périodes suivantes :

- maintien total ou partiel du salaire,
- 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 sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs de l'entreprise. Les cotisations sont intégralement dues dans les mêmes conditions que si vous étiez en activité.

Dans tout autre cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues pour vous et vos ayants droit.

Toutefois, nous vous rappelons qu'au titre du contrat, vous pouvez demander le maintien de la couverture pendant ces périodes de suspension des garanties. Si vous faites jouer cette faculté, alors votre demande de maintien des garanties vaudra pour vous-même et pour vos ayants droits. 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 réintégrez 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'article 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

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ou les ayants droit d'assurés décédés, peuvent demander à bénéficier du maintien des garanties frais de santé définies au contrat.

Le ou les ayants droit doivent nous faire part de leur choix par écrit.

Quel que soit le choix retenu :

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

Dans le cas particulier de la portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

L'information du décès par l'intermédiaire de votre employeur nous permettra d'adresser la proposition de couverture à vos ayants droit.

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

Le maintien des présentes garanties

Le maintien des garanties du contrat cesse au terme d'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

Montant et révision des cotisations

Les cotisations que vous acquittez au titre de votre adhésion et le cas échéant celle de vos ayants droit 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.

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.

Pour les enfants, à compter du 3^{ème} enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

Paielement des cotisations par l'assuré

Les cotisations afférentes à votre adhésion pour la couverture de vos ayants droit sont payables directement par vous, mensuellement d'avance dans les dix premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Vous êtes seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, vous devez nous remettre un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

Les cotisations sont calculées sous forme de forfait mensuel non proratisable :

- en cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant, la couverture est acquise au jour de l'affiliation ;
- en cas de radiation en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois en cours.

Paielement des cotisations par l'entreprise (précompte)

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les premiers jours de chaque trimestre civil.

Les cotisations sont calculées sous forme de forfait mensuel non proratisable :

- en cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant, la couverture est acquise au jour de l'affiliation ;
- en cas de radiation en cours de mois, les cotisations sont dues pour le mois en cours.

Recouvrement des cotisations

Paielement des cotisations par l'assuré

A défaut de paiement de l'intégralité de vos cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, vous et vos ayants droit sont radiés.

Les cotisations antérieures à la date de radiation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit, les frais étant intégralement à votre charge.

La radiation pour défaut de paiement est définitive.

Paielement des cotisations par l'entreprise (précompte)

L'entreprise est responsable du paiement des cotisations. A ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur le bordereau d'appel.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu, nous nous réservons le droit :

- de suspendre les garanties trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- de résilier le contrat dix jours après la date d'effet de la suspension.

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.

Si le contrat prévoit un forfait « cure thermale » : la cure doit être effectuée en France et être prise en charge par la Sécurité sociale (forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport) ; la cure thermale, pour être prise en charge au niveau de votre contrat, doit intervenir dans les mêmes conditions que les soins thermaux acceptés et remboursés par la Sécurité sociale.

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^{er} 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 ?

Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » (ou bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, le cas échéant) :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation familiale.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par votre caisse primaire d'assurance maladie.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour chacun de vos ayants droit immatriculés personnellement à la Sécurité sociale,
- en cas de PACS, une copie de la convention de PACS,
- en cas de concubinage, une attestation de domicile commun (quittance de loyer commune, facture EDF commune),
- pour vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - o quel que soit son âge : une copie de l'avis d'imposition prouvant le rattachement fiscal à votre foyer,
 - o de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, un certificat de scolarité de l'année en cours ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, une copie de l'inscription au Pôle Emploi ou une copie d'une perception d'un RSA.

- pour votre enfant infirme, une copie du document lui accordant l'allocation d'enfant handicapé ou l'allocation d'adulte handicapé ou une copie de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code l'Action sociale et des familles.

En cas d'absence d'un de ces documents, les ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier des garanties frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Pour vous

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.

Pour les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, 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.

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation (ou bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, le cas échéant) si ces derniers sont affiliés ou non à un organisme complémentaire

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de l'organisme complémentaire et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celle-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relèvent d'un régime particulier tel que :

- le régime étudiant,
- les régimes de la fonction publique,
- les régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- le régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de l'organisme complémentaire dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

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.

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 fautive 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 rencontre 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 (articles 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 vous adressons 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 :

- ils résident en France et exercent leur activité sur le territoire français,
- ils résident en France et exercent leur 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,
- ils résident à l'étranger et exercent leur activité professionnelle sur le territoire français et sont 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 les bénéficiaires sont 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

Lorsqu'un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime 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 votre ayant droit est 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 mail : 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).
- 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),
- 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 : 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).

Le site ameli-direct.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 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



malakoff médéric

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale
21 rue Laffitte 75009 Paris
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