

Notice d'information CCN de l'esthétique-cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie

(au sens de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité sociale) (NI-ESTHETIQUE-FM 01-20)

La notice d'information (NI-ESTHETIQUE-FM 01-20) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès d'APICIL PREVOYANCE, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) et ci-après dénommée parfois « l'Institution de prévoyance ».

Elle comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau de vos garanties. En cas de dispositions contradictoires entre ce qui est prévu dans la notice et ce que prévoit le tableau de garanties, c'est ce qui est marqué au tableau de garanties qui s'impose.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites par votre entreprise, ci-après dénommée parfois « l'adhérent » et dont vous bénéficiez.

Si vous souhaitez avoir des informations plus détaillées sur vos garanties, votre employeur tient à votre disposition le règlement d'APICIL PREVOYANCE ainsi que le contrat souscrit.

Nous restons à votre entière disposition pour vous communiquer tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin concernant votre régime de frais médicaux.

TITRE 1 : AFFILIATION	3
Article 2 - PARTICIPANTS	3
Article 3 - AYANTS DROIT	3
Article 4 - OUVERTURE DES GARANTIES	3
Article 5 - SUSPENSION DES GARANTIES	4
Article 6 - CESSATION DES GARANTIES	4
Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES	4
Article 8 - PORTABILITE DES DROITS	5
8-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION	5
8-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION	5
8-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES	5
8-4 GARANTIES	5
Article 9 - TERRITORIALITE	6
TITRE 2 : COTISATIONS	6
Article 10 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS	6
Article 11 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	6
TITRE 3 : PRESTATIONS	6
Article 12 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS	6
12-1 OPTIONS	6
12-2 EXTENSION AYANTS DROIT	7
12-3 SURCOMPLEMENTAIRE	8
Article 13 - FAIT GENERATEUR	8
Article 14 - INDUS	9
Article 15 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS	9

Article 16 - DETAIL DES PRESTATIONS	9
16-1 JUSTIFICATIFS	9
16-2 DISPOSITIFS DE PRATIQUE TAIRFAIRE MAITRISEE	9
16-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR	9
16-4 DETAIL	9
Article 17 - DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	12
Article 18 - CONTRAT RESPONSABLE	13
Article 19 - EXCLUSIONS	13
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	13
Article 20 - PRESCRIPTION	13
Article 21 - CONTRÔLES	14
Article 22 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	14
Article 23 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PREVOYANCE	14
Article 24 - FAUSSE DÉCLARATION	14
Article 25 - RÉCLAMATIONS - MEDIATION	14
25-1 RECLAMATIONS	14
25-2 MEDIATEUR	14
Article 26 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / DONNÉES PERSONNELLES	14
Article 27 - PANIERS 100% SANTÉ	15
27-1 OPTIQUE	15
27-2 DENTAIRE	16
27-3 AIDES AUDITIVES	16

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 - OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer aux salariés ainsi qu'éventuellement à leur famille, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Article 2 - PARTICIPANTS

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise relevant de la convention collective de l'esthétique-cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie appartenant aux catégories de personnel définies dans les conditions particulières du contrat souscrit par votre entreprise, ci-après dénommés « participants ».

Il s'agit d'une adhésion à caractère obligatoire.

L'adhérent peut aussi, à titre facultatif, souscrire des garanties optionnelles.

Sont aussi garantis les anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en matière de protection sociale dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

Article 3 - AYANTS DROIT

Sont considérés comme ayants droit :

- le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin n'ayant pas de revenu d'activité supérieur au montant du RSA (base « couple », indépendamment du nombre d'enfant(s) à charge) ;
- les enfants du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

- Être âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Participant, de son conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
- Être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés, bénéficiaire d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du participant ;
- Être âgés de moins de 26 ans et :
 - o être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - o ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - o ou bénéficiaire d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation
- Être âgés de moins de 26 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études

secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

- Quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire,

- les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu ;

- les enfants à naître au moment du décès du salarié. Ne peuvent être considérés comme enfants à naître que les enfants qui sont nés viables, dans les 300 jours du décès du participant ;

- les ascendants, descendants du participant ou ceux de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, vivant sous le toit du participant sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

Les cotisations correspondantes sont à la charge exclusive du salarié.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties doit être notifiée à l'Institution de Prévoyance en utilisant le Bulletin individuel d'affiliation/radiation.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires. De même, la cessation ou la suspension de la garantie frais de santé pour le participant s'applique également aux ayants droit de celui-ci.

Article 4 - OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat,

- à partir de la date de fin de suspension du contrat de travail sans salaire (ne sont pas concernés les cas particuliers d'arrêts de travail indemnisés ; ni ceux non indemnisés mais pour lesquels le participant paye l'intégralité de la cotisation),

- à partir du premier jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer au régime et qui a souhaité revenir sur sa décision ou qui cesse de justifier de sa situation.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'affiliation et à la fourniture des pièces justificatives.

Article 5 - SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations,
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire, (autre que les cas de maladie, maternité, d'accident du travail ou congé parental d'éducation, congé soutien famille, congé pour création d'entreprise, congé sans solde tel que convenu après accord entre employeur et salarié, congé création d'entreprise pour lesquels la garantie frais de santé est maintenue moyennant le versement des cotisations correspondantes). Cette disposition s'applique également au gérant sans salaire.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de personnel visée par le contrat d'adhésion, sous réserve qu'APICIL PRÉVOYANCE ou son gestionnaire en soit informé dans un délai de 10 jours suivant la reprise. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de Prévoyance ou son gestionnaire de la déclaration faite par votre entreprise.

Le salarié peut néanmoins bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties énoncées dans la présente Notice, selon les modalités suivantes :

La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans le mois suivant la date de début de la suspension du contrat de travail.

Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande.

Prise d'effet des garanties en cas de maintien des garanties

Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail et au plus tard, le premier jour du mois suivant la demande.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail ;
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3 « Cotisations » ci-après ;
- à la date de résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée, envoyée à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- à la date de liquidation de votre pension retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous êtes dans le cadre du cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du contrat de travail, préavis effectué ou non) ;
- à la date de la résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- et, en tout état de cause, à la date de votre décès.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

- et enfin, en cas de refus de se soumettre à un contrôle.

La suspension des garanties s'appliquera sur le contrat collectif socle, mais aussi sur les options et l'extension famille

Article 6 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité (cette cessation des garanties vaut tant pour le régime de base, l'option et l'extension famille).
- en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité.
- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat d'adhésion, ou à la fin de la portabilité des droits.
- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du participant ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail.
- en cas de décès du participant.

A compter de cette date, la carte tiers payant ne doit plus être utilisée et doit être, soit restituée à APICIL PRÉVOYANCE, soit détruite.

La cessation des garanties s'entend du contrat collectif, mais aussi de l'option et de l'extension famille.

Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

Il est possible, dans certains cas, de souscrire un contrat d'adhésion individuelle.

1 - En effet, les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un participant décédé peuvent demander le maintien d'une couverture frais médicaux, sans délai d'attente, ni formalités médicales, sous réserve que leur demande soit présentée dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès. Ce nouveau contrat, soumis à la signature d'un bulletin d'adhésion individuel pour le participant, sera conclu dans les conditions tarifaires conformes aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application (**attention : les dispositions de cette loi ne concernent que le participant seul, sauf lorsqu'il s'agit de couvrir les ayants droit d'un participant**

décédé).

Pour les chômeurs indemnisés, ils peuvent demander l'application du système de prolongation de garanties dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de maintien des garanties prévu par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (cf. article 8 sur la portabilité des droits).

2 - Pour les autres cas (lorsque le participant ou l'un de ses ayants droit ne remplit plus les conditions au maintien des prestations du présent contrat), contactez APICIL PRÉVOYANCE, qui tient à votre disposition un large choix de contrats individuels, avant même que ne cessent les garanties issues du présent contrat.

Article 8 - PORTABILITE DES DROITS

8-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Institution de Prévoyance tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « Déclaration de Portabilité des Droits » qu'elle devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

La portabilité sera appliquée au participant à partir des éléments connus au sein de la DSN.

Il incombe à l'entreprise d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

8-2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif,

n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties **qui ne sera pas prolongée d'autant.**

En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- **à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de frais de santé, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;**
- **en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès) ;**
- **en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visés ci-après (cf. article 8-3) ;**
- **en cas de suspension des garanties ou de la résiliation du contrat collectif, quelle qu'en soit la cause ;**
- **en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente conformément à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.**

8-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, le participant s'engage à fournir à l'Institution de Prévoyance :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- au cours de la période de maintien des garanties, l'attestation de paiement des allocations chômage.

8-4 GARANTIES

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Aussi, le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L'entreprise s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant la nouvelle notice d'information.

En cas de changement d'organisme assureur, APICIL PREVOYANCE s'engage de la manière suivante :

a- en tant qu'organisme assureur sortant : APICIL PREVOYANCE s'assure auprès de l'adhérent partant que celui-ci dispose des informations nécessaires à la bonne reprise des personnes en portabilité.

b- en tant que nouvel organisme assureur : une fois le nouveau contrat souscrit, APICIL PREVOYANCE, à partir des éléments fournis par l'adhérent entrant, pourra se

manifester auprès des anciens salariés en portabilité pour les informer du changement d'organisme assureur, des éventuelles modifications de garanties et de l'actualisation de leurs droits (signature du bulletin d'adhésion, etc.).

Article 9 - TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises aux membres participants exerçant habituellement (soit plus de 6 mois par an) leur activité sur le territoire de la France métropolitaine ou les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.

En conséquence, les actes hors nomenclature ou ne rentrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat frais de santé seront notifiés au domicile du participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, le participant doit informer l'Institution de Prévoyance par lettre recommandée de son changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Il en est de même pour tout ancien salarié bénéficiaire de la portabilité.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 10 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Les cotisations dues par l'employeur et éventuellement celles dues par le participant s'il a souscrit des options facultatives sont versées, auprès de l'Institution de Prévoyance, respectivement par l'employeur et par le participant.

L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Institution de Prévoyance.

Si vous avez souscrit une option facultative prévue à l'article 12-1 de la présente notice d'information, toute

modification à la hausse comme à la baisse des garanties du régime de base a un impact immédiat sur les garanties (et donc le tarif) du régime renforcé.

Article 11 - DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet. Chaque participant pourra alors être directement informé de la suspension des garanties, ainsi que les instances représentatives du personnel.

Le contrat d'assurance peut être résilié 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure.

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 12 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS

Le salarié peut couvrir, à titre facultatif, ses ayants droit sur le régime de base obligatoire choisi par l'entreprise,

Il peut également souscrire, à titre facultatif, un niveau optionnel ou surcomplémentaire, pour lui et ses ayants droit, si ceux-ci sont déjà couverts sur la base obligatoire.

12-1 OPTIONS

12-1-1 Principe

Chaque salarié a le choix de prendre un régime optionnel afin de renforcer les garanties du régime de base.

Ce choix vaut tant pour le participant que pour ses ayants droit.

Il n'est pas possible au salarié d'adhérer aux options facultatives en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de son contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.

Si tel devait être le cas, l'option serait alors annulée depuis l'origine.

Il existe deux options :

- Option 1
- Option 2

12-1-2 Modification

Souscription d'une option :

Elle se fait au moment de la mise en place du contrat obligatoire dans l'entreprise ou bien au 1^{er} janvier de

l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

Résiliation d'une option :

Elle est possible à la condition d'être resté cotisant à l'option pendant une durée minimale de deux ans. Cette résiliation se fait alors au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande, par lettre recommandée, avant le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation d'une option, pour passer sur un niveau d'option inférieur, ne peut se faire qu'une seule fois au cours de la vie du contrat.

Le salarié ne pourra plus revenir au régime optionnel sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
- Naissance / Adoption.

Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

12-1-3 Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation :
Salarié / Conjoint / Enfant.

- L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. L'Institution se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Institution de Prévoyance.

La résiliation du contrat collectif socle entraîne automatiquement la résiliation de l'option.

12-2 EXTENSION AYANTS DROIT

12-2-1 Principe

L'extension ayants droit permet au salarié couvert dans le cadre du contrat collectif obligatoire de couvrir le reste de sa famille (conjoint, enfants) sur des garanties identiques aux siennes.

Attention, il n'est pas possible au participant de prendre l'extension ayants droit, en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de son contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.

Si tel devait être le cas, l'extension ayants droit sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible pour le participant de

prendre cette extension ayants droit lorsque :

- **son contrat de travail est suspendu ;**
- **son contrat de travail est rompu (prolongations de garanties ou portabilité des droits).**

Les garanties prennent effet, au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par APICIL PRÉVOYANCE.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

12-2-2 Choix des garanties

Les garanties souscrites dans le cadre de l'extension ayants droit sont strictement identiques à celles du salarié, à titre obligatoire dans l'entreprise et éventuellement, à celles qu'il a souscrit à titre facultatif.

Exemple :

Si le salarié est couvert par un régime BASE, l'extension ayants droit sera alors identique au régime BASE.

Si le salarié est couvert par un régime BASE+OPTION 1, 2 ou surcomplémentaire, alors l'extension ayants droit sera identique à BASE+1, 2 ou surcomplémentaire.

12-2-3 Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation à la tête :
Conjoint / Enfant.

- Le 3^e enfant et les suivants sont couverts gratuitement.
- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.
- L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat.

Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. L'Institution de Prévoyance se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Institution de Prévoyance.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Institution de Prévoyance met en demeure le participant, par lettre recommandée, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après la date d'envoi de la lettre recommandée, la persistance du non-paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion de l'extension ayants droit.

12-2-4 Résiliation

Le participant peut demander la résiliation de son adhésion au 31 décembre, sous réserve :

- d'en faire la demande écrite par lettre recommandée avant le 31 octobre.
- d'avoir cotisé au moins 2 ans à l'extension ayants droit.

La résiliation du fait du participant ne peut se faire qu'une seule fois durant la période d'adhésion au contrat.

Le participant ne pourra plus revenir à cette extension sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
- Naissance / Adoption.

Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

La résiliation des garanties ou du contrat collectif socle entraîne automatiquement la résiliation des adhésions à l'extension ayants droit.

12-3 SURCOMPLEMENTAIRE

12-3-1 Principe

Chaque salarié a le choix de souscrire la surcomplémentaire pour renforcer le niveau des garanties souscrites par l'entreprise dans le cadre du contrat collectif obligatoire.

Attention la surcomplémentaire n'est pas responsable.

Lorsque le participant souscrit la surcomplémentaire, il doit également couvrir **tous les membres de sa famille qu'il a assuré** sur le niveau de garanties du contrat collectif obligatoire.

La souscription de la surcomplémentaire non responsable est assortie des **obligations** suivantes afin de ne pas compromettre l'équilibre financier général de notre régime frais de santé :

- L'adhésion à la surcomplémentaire doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'embauche ou la mise en œuvre dans l'entreprise (ou encore en cas de changement d'option autorisé ou changement de situation de famille),
- Cette adhésion est valable pour 3 ans minimum,
- Toute sortie (radiation) de la surcomplémentaire sera définitive.

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par APICIL PREVOYANCE ou à la date d'effet demandée si postérieure.

L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante.

12-3-2 Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation :
Salarié / Conjoint / Enfant.

- L'évolution du taux de cotisation tient compte de

l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. L'Institution se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'Institution de Prévoyance.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Institution de Prévoyance met en demeure le participant, par lettre recommandée, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours après la date d'envoi de la lettre recommandée, la persistance du non paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion à la surcomplémentaire.

12-2-3 Résiliation

Le participant peut demander la résiliation de son adhésion au 31 décembre, sous réserve :

- d'en faire la demande écrite par lettre recommandée avant le 31 octobre.
- d'avoir cotisé au moins 2 ans à la surcomplémentaire.

La résiliation du fait du participant ne peut se faire qu'une seule fois durant la période d'adhésion au contrat.

Le participant ne pourra plus revenir à cette surcomplémentaire sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
- Naissance / Adoption.

Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives (sauf en cas de naissance ou adoption pour lesquels les garanties s'appliquent immédiatement).

La résiliation du contrat collectif Obligatoire de l'entreprise ainsi que celle des options facultatives entraînent automatiquement la résiliation des adhésions à la surcomplémentaire.

Article 13 - FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet du contrat et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture est seule prise en

considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que vous êtes encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (l'assuré n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), l'Institution de Prévoyance vous demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie...) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

Article 14 - INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

En cas de paiement indu effectué par l'Institution de Prévoyance au professionnel de santé, l'Institution pourra également agir auprès de celui-ci afin d'obtenir le remboursement.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

Article 15 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau des garanties qui complète cette notice.

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile, sauf pour les lunettes ou sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont le participant ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Les garanties de même nature que le participant a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

En aucun cas l'Institution de Prévoyance ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

Les forfaits annuels 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.

Article 16 - DETAIL DES PRESTATIONS

16-1 JUSTIFICATIFS

Les justificatifs qui seront adressés à APICIL PRÉVOYANCE devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli). Le participant peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations).

En tout état de cause, APICIL PRÉVOYANCE pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

Certains soins doivent avoir fait l'objet d'un devis préalable pour être remboursés de la part de l'Institution de prévoyance.

16-2 DISPOSITIFS DE PRATIQUE TAIRFAIRE MAITRISEE

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n° 8 ou de tout autre dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, tels que l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM), en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non-adhérent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM).

16-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

16-4 DETAIL

16 A - SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat sur le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

MÉDICAMENT

Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale.

MATÉRIEL MÉDICAL

Grand appareillage : il s'agit par exemple de fauteuils roulants, de lits médicalisés etc.

Petit appareillage : il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc.

Dans les deux cas, la prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

16 B - HOSPITALISATION

Il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée et acquittée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire de nous adresser le reçu d'honoraires du praticien.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

FRAIS DE SÉJOUR NON CONVENTIONNÉS

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100 % de la base de remboursement Sécurité sociale (BR) moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS

La participation forfaitaire (qui s'applique aux actes et frais dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) est prise en charge.

CHAMBRE PARTICULIÈRE

La prestation (hospitalisation ou ambulatoire) s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

LIT D'ACCOMPAGNANT

La nuitée comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

La prestation s'entend par jour **dans la double limite des frais engagés par bénéficiaire mais aussi de 15 jours par hospitalisation.**

L'accompagné doit remplir deux conditions cumulatives :

- être obligatoirement un ayant droit au sens du présent contrat,
- et être un enfant mineur.

15 C - DENTAIRE

Lors de la réalisation de travaux dentaires, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge ;
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties (panier « modéré » et panier « libre »).

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement à nos services, un devis pour tous les travaux dentaires correspondants aux paniers « modéré » et/ou « libre ».

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Notre participation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire de nous adresser une note d'honoraires détaillée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème}) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Notre participation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, notre intervention est calculée sur la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée, dont le montant figure sur le tableau de garantie et qui s'apprécie par semestre et par bénéficiaire, dans la limite de 4 semestres maximum. Pour les travaux de maintien, notre intervention est limitée à une année de contention.

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire de nous adresser une note d'honoraires détaillée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème}) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

IMPLANTOLOGIE

La prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire avec un plafond annuel d'implants.

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

16.D - OPTIQUE

Lors de chaque achat d'équipement, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge ;
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties.

Les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire (ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans).

Cette période de 2 ans (ou d'un an) s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Pour les adultes de 16 ans et plus, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- 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 adaptant la prescription médicale initiale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Institution de Prévoyance ou son gestionnaire.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période de 6 mois, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible sans délai, sur présentation d'une prescription médicale portant la mention de l'existence d'une situation médicale particulière, pour toute personne de 16 ans et plus, dans les situations médicales suivantes : troubles de réfraction associés à une pathologie générale ou ophtalmologique ou encore associés à la prise de médicaments au long cours (cas listés dans l'arrêté du 3 décembre 2018 tels que glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), greffe de cornée datant de moins d'un an, cancers primitifs de l'œil...).

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Lorsque l'assuré(e) acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'Assurance Maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Il existe trois types de corrections :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe ;
- ou d'un verre simple et d'un verre hyper complexe ;
- ou d'un verre complexe et d'un verre hyper complexe.

LENTILLES

La prestation lentilles est prise en charge dans la **limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire**.

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction ainsi que les lentilles jetables.

CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

La prestation s'entend par œil.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

16.E AIDES AUDITIVES

En 2020 :

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Une limite maximum d'un équipement (2 oreilles) est prévue tous les 2 ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre équipement supplémentaire dans ce délai de 2 ans en cas de modification de leur audition.

À partir du 1^{er} janvier 2021 :

Lors de chaque achat d'équipement, le participant pourra opter :

- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge ;
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau des garanties.

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.

Cette période de 4 ans s'apprécie à la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Le délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

ACTES DE PREVENTION

Votre contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes 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 :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Grippe ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

KIT CONFORT

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un psychologue, d'un chiropracteur, d'un diététicien, podologue ou psychomotricien.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

Article 17 - DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution de Prévoyance règle ses prestations frais de santé par virement sur votre compte bancaire ou postal :

- dans un délai maximum de 48 heures, pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'assurance maladie,
- dans un délai moyen de 8 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, pour les remboursements manuels, délais de poste et bancaire non compris.

Article 18 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations d'APICIL PREVOYANCE sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable » et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

Il prévoit des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- **l'intégralité de la participation des participants définie à l'article R. 322-1 du code de la Sécurité sociale ;**
- **les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;**
- **les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;**
- **le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.**

À l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale ;**
- **la franchise annuelle prévue à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires) ;**
- **la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable (soit à titre indicatif au minimum 8 euros) ;**
- **la majoration de la participation supportée par le participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale ;**
- **et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.**

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

De plus, APICIL PREVOYANCE s'engage à permettre aux participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

Article 19 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- **les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties) ;**

- **les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (embauche – promotion) et la date de sortie (démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.**

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.

Sont aussi exclus, mais uniquement dans le cadre de l'hospitalisation :

- **les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie ;**
- **le forfait journalier résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.**

Le fait que l'Institution de Prévoyance ou son gestionnaire ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de sa prévaloir de ces exclusions.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (date des soins).

Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et 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 adressée par l'Institution de Prévoyance ou par son gestionnaire à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution de Prévoyance ou son gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :

- de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer.
- de la demande en justice même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- de la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.
- de l'acte d'exécution forcée.
- de l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.

Article 21 - CONTRÔLES

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'Institution de Prévoyance ou via son gestionnaire peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

En cas de refus d'un bénéficiaire de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

Article 22 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, l'Institution de Prévoyance est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un participant, à un ayant droit ou à un professionnel de santé.

Article 23 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PREVOYANCE

L'Institution de Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 24 - FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites tant par l'adhérent et le cas échéant par son conseil que par le participant servent de base à la garantie. À ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi l'Institution de Prévoyance ou son gestionnaire se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution de Prévoyance pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution de Prévoyance.

En cas de fausse déclaration, l'Institution de Prévoyance n'est redevable d'aucune prestation

même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Article 25 - RÉCLAMATIONS - MEDIATION

25-1 RECLAMATIONS

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante :

**GRUPE APICIL
Service Relation Client
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE**

ou envoyées à l'adresse de votre gestionnaire.

25-2 MEDIATEUR

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution de Prévoyance, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.

Les saisines sont rédigées en langue française et adressées : soit par voie postale :

**Monsieur le Médiateur
de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS**

soit par Internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Article 26 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS / DONNÉES PERSONNELLES

Le participant est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, APICIL PREVOYANCE peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

APICIL PREVOYANCE a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@apicil.com.

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à APICIL PREVOYANCE de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés et de lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes d'APICIL PREVOYANCE. Sur cette même base et sauf opposition de la part du participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par APICIL PREVOYANCE, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès du participant, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement du participant, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'APICIL PREVOYANCE et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Le participant est informé qu'APICIL PREVOYANCE n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le participant est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données. En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée dispose à l'égard d'APICIL PREVOYANCE et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Toute personne concernée peut exercer ses droits en contactant : APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Le participant est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>.

Le participant est également informé qu'APICIL PREVOYANCE n'envisage pas d'effectuer un transfert des

données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

D'une manière générale, APICIL PREVOYANCE s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, APICIL PREVOYANCE s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat. Les engagements pris par APICIL PREVOYANCE au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles d'APICIL PREVOYANCE étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des données personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le participant est invité à se rendre sur la page suivante <https://mon.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles/> afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles d'APICIL PREVOYANCE en vigueur.

Article 27 – PANIERS 100% SANTÉ

27-1 OPTIQUE

Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100 % des frais réels sous déduction des prestations Régime Obligatoire, limitée au Prix limite de vente (PLV) auquel l'opticien est astreint.

Sont également remboursés selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage, pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements « hors 100% Santé » (dits de Classe B):

Pour les verres : à hauteur de la garantie contractuelle dans les limites prévues par le tableau ci-dessous (incluant la part prise en charge par Régime Obligatoire), si le contrat prévoit une couverture au-delà du 100% santé.

Pour la monture : à hauteur de la garantie contractuelle, dans la limite de 100 € (incluant la part prise en charge par Régime Obligatoire),

Pour la Prestation d'adaptation visuelle : remboursement à hauteur du Ticket modérateur.

Quel que soit le panier choisi, le remboursement de la monture est toujours **limité à 100 €** (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (équipement dans le dispositif « 100% Santé » pour la monture et verres « hors 100% Santé » ou inversement) le plafond appliqué est celui applicable au dispositif « hors 100% Santé » indiqué dans le tableau ci-dessous, **dans la limite des Prix limite de vente pour la partie de**

l'équipement relevant du « 100% Santé » et de 100 € pour la monture.

Il est impossible de cumuler le forfait prévu pour un équipement à prise en charge libre et le remboursement d'un équipement 100% Santé.

27-2 DENTAIRE

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, **limité aux Honoraires limites de facturation (HLF)**.

Il s'agit de certaines prothèses dentaires définies réglementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au Journal officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de prothèses dentaires.

Cela concerne, à partir du 1^{er} janvier 2020, des couronnes céramiques monolithiques (CCM) sans zircon et céramo-métalliques sur dent visible (incisive, canine et 1^{re} prémolaire), CCM zircon (incisive, canine et prémolaire), couronnes métalliques toutes localisations, des inlays-core et couronnes transitoires, des bridges céramo-métalliques (incisives et canines), des bridges full zircon et métalliques toutes localisations (codes CCAM : HBLD680, HBLD634, HBLD350, HBLD038, HBLD090, HBLD490, HBLD785, HBLD033).

À cela se rajouteront, à compter du 1^{er} janvier 2021, notamment les prothèses amovibles à base de résine, ainsi que certaines couronnes dentaires provisoires.

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie **contractuelle limitée à l'Honoraire limite de facturation (HLF) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.**

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif maîtrisé » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle **limitée à l'Honoraire limite de facturation (HLF) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.**

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle sans limitation.

27-3 AIDES AUDITIVES

Les Garanties s'appliquent aux Aides auditives prises en charge par le régime Obligatoire.

Jusqu'au 31 décembre 2020, toutes les aides auditives sont prises en charge, au titre des seules Garanties dispositif « hors 100% santé ».

Jusqu'à cette date, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites : le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive

intervient après une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive :

- précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré(e).

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge, et intervient notamment après prescription médicale (dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018). En vue du remboursement, le prescripteur devra attester de l'état hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré(e), de l'aide auditive, en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'Assurance Maladie.

À compter du 1^{er} janvier 2021 :

Dispositif « 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100 % des frais réels sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, **limité aux Prix limites de vente (PLV)**.

Dispositif « hors 100% Santé » :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « Tarif libre » sont pris en charge à minima à hauteur du Ticket modérateur.

Dans le cas où le contrat prévoit une couverture au-delà du Ticket modérateur et du « 100% Santé », le remboursement s'effectue à hauteur de la garantie contractuelle, **dans la limite de 1 700 euros par oreille** (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

PIECES A FOURNIR

LES PRESTATIONS

LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE

HOSPITALISATION	Facture originale acquittée + bulletin d'hospitalisation
Hospitalisation en clinique	facture S3404 originale acquittée + factures d'honoraires
Hospitalisation à l'hôpital	avis des sommes à payer + Attestation de paiement originaux et acquittés
Séjour non conventionné	décompte sécurité sociale + factures d'hospitalisation originaux et acquittés

NB : les factures fournies doivent impérativement mentionner les actes, la dépense, la prise en charge sécurité sociale et le reste à charge

ACTES MEDICAUX COURANTS *

Analyses, Auxiliaires médicaux	facture originale détaillée et acquittée
Pharmacie, Appareillage (petit ou grand)	facture subrogatoire acquittée
Consultations (généraliste ou spécialiste)	décompte sécurité sociale original ou décompte de votre première Institution de Prévoyance le cas échéant

OPTIQUE *

Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant : décompte Sécurité sociale original + facture acquittée
Monture, verres	Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant : décompte Sécurité sociale original + facture acquittée

DENTAIRE *

Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale	<u>Soins réalisés par un dentiste</u> : décompte Sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée <u>Soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	<u>Soins réalisés par un dentiste</u> : décompte Sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée <u>Soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée

AUTRES

Ostéopathe, chiropracteur, diététicien	facture originale acquittée avec le cachet du praticien ainsi que le N° ADELI ou RPPS précisant la date et le bénéficiaire des soins
Acupuncteur, étiope	facture originale acquittée avec le cachet du praticien précisant la date et le bénéficiaire des soins

*** : les décomptes sécurité sociale doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission Noémie**

NB : Veillez à préciser votre numéro client ou votre numéro de Sécurité sociale sur chaque correspondance.

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.