API SANTE
Contrat collectif valant notice d'information

Contrat Collectif d'Assurance n° M-047 (convention n° 01-047)

Souscrit par :

APICIL UPESE Association, association Loi de 1901, sise 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire
Ci-après dénommée « le souscripteur »

Auprès de :
APICIL MUTUELLE, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité et immatriculée sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé au : 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire
Ci-après dénommée « la Mutuelle »

TITRE 1 : AFFILIATION 3
Article 1 – OBJET 3
Article 2 - QUI INTERVIENT AU CONTRAT ? 3
Article 3 - ADMISSION - DATE D'ADHESION 4
Article 4 - RESILIATION DE L'ADHESION 4
Article 5 - MODIFICATION DU CONTRAT 4
Article 6 – TERRITORIALITE 4
TITRE 2 : COTISATIONS 5
Article 7 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS 5
Article 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 5
TITRE 3 : PRESTATIONS 5
Article 9 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS 5
Article 10 - FAIT GENERATEUR 7
Article 11 - INDUS 7
Article 12 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS 7
Article 13 - DETAIL DES PRESTATIONS 8
13-1 JUSTIFICATIFS 8
13-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE 8
13-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR 8
13-4 DETAILS 8
Article 14 – PANIERS 100% SANTE 13
Article 15 – DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS 14
Article 16 - CONTRAT RESPONSABLE 14
Article 17 - EXCLUSIONS 14
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES 15
Article 18 - DEFINITIONS 15
Article 19 - PRESCRIPTION 17
Article 20 - CONTROLES 17
Article 21 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET DECHEANCE 17
Article 22 - CONTROLE DE LA MUTUELLE 17

Article 23 - FAUSSE DECLARATION 17
Article 24 - RECLAMATIONS MEDIATION 18
Article 25 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL 18
Article 26 - DROIT A RENONCIATION 19
26-1 GÉNÉRALITÉS 19
26-2 CONTRAT CONCLU A DISTANCE 19
26-3 DEMARCHAGE A DOMICILE 19
26-4 COMMENT FAIRE ? 19
Article 27 - COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE 20

Cette notice d'information 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.

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 – OBJET

API SANTE est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par APICIL UPESE ASSOCIATION auprès de la Mutuelle APICIL MUTUELLE.

Les Bénéficiaires des garanties sont dénommés « membres participants » dans la présente notice.

Les remboursements sont pris en charge dans la limite des garanties et des niveaux choisis, indiqués sur le Certificat d'adhésion.

La garantie frais médicaux permet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, des bénéficiaires, de leur assurer 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 - QUI INTERVIENT AU CONTRAT ?

Le Souscripteur : APICIL UPESE ASSOCIATION, souscripteur du présent contrat au profit de ses membres.

La Mutuelle : APICIL MUTUELLE, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité et immatriculée sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire. Elle est l'assureur du contrat.

L'Adhérent : personne physique ou morale, membre d'APICIL UPESE ASSOCIATION, domiciliée en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

Le Bénéficiaire : personne physique et ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.
Il peut aussi s'agir d'une personne physique ayant le statut de travailleur non salarié (TNS) en activité ou de conjoint collaborateur, et ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Peuvent avoir la qualité de bénéficiaire :
- l'adhérent, également appelé le membre participant,
- le conjoint du membre participant, non séparé judiciairement, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui le membre participant a conclu un PACS à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi,
- à défaut de conjoint, le concubin du membre participant à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (facture EDF, de fournisseur d'accès internet ou téléphone, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi,

- les enfants célibataires du membre participant ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin à charge au sens fiscal, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non-salariés, de moins de 18 ans
  - ou jusqu'à la veille de leur 21ème anniversaire s'ils sont inscrits à Pôle Emploi sous réserve de la production d'une attestation Pôle Emploi de non-indemnisation à la date des soins),
  - ou jusqu'à la veille de leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures sous réserve de la production d'un certificat de scolarité d'études supérieures. Lorsque ces bénéficiaires arrêtent leurs études, ils sont garantis jusqu'au 31 décembre sans que la garantie puisse aller au-delà du 26ème anniversaire,

Dans tous les cas, les enfants en contrat de formation ou en service civique seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation ou une carte de service civique et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55 % du SMIC.

- les enfants infirmes majeurs du membre participant, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge du membre participant au sens de la législation fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),

- les ascendants du membre participant à charge fiscale ou au sens économique.

La qualité d'ayants droit au sens économique se prouve au moyen :
- D'un avis d'imposition (avec absence de revenu) ;
- Ou à défaut une attestation d'inscription à Pôle Emploi indiquant l'absence d'indemnisation.

Le membre participant sera tenu de déclarer à la Mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, toute modification de situation familiale (par exemple la naissance ou le décès d'un ayant droit). Cet évènement est susceptible d'avoir un impact sur le montant de votre cotisation. Il en va de même si le membre participant ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France métropolitaine ou un département et région d'outre-mer.

Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par la Mutuelle, il est qualifié de personne proposée à l'adhésion.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties et ayant un impact tarifaire, doit être notifiée à la Mutuelle.

Ajout ou suppression de bénéficiaire(s)

La modification du nombre de bénéficiaire(s) peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

Déménagement du bénéficiaire

La modification d'adresse du membre participant peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations si le changement de domicile se fait dans un autre département que celui déclaré au moment de l'adhésion, entrainant une modification de la zone géographique de référence.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

Article 3 - ADMISSION - DATE D'ADHESION

a) Conditions d'admission

Age à l'adhésion : Se référer aux conditions d'admission spécifique aux différentes gammes : EQUILIBRE et SERENITE décrites à l'article 9.

Lors de l'adhésion, le membre participant doit remplir et signer un Bulletin d'adhésion.

Dans tous les cas, l'acceptation d'une Demande d'adhésion par la Mutuelle donnera lieu à l'émission d'un Certificat d'adhésion.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du Bulletin d'adhésion signé et à la fourniture des pièces justificatives demandées.

b) Date d'effet – renouvellement de l'adhésion

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du Bulletin d'adhésion ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin d'adhésion (dès lors qu'une date d'effet est notée expressément par le membre participant).

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, pour un an, à chaque échéance annuelle.

c) Condition propre aux travailleurs non-salariés

Lorsque le membre participant ou son conjoint relève du régime général de la Sécurité sociale des indépendants, il devra produire, lors de l'adhésion, puis à chaque date anniversaire du contrat, des attestations émanant de ses régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse confirmant qu'il est à jour de ses cotisations.

Article 4 - RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin à l'initiative de l'Adhérent :
- en cas de résiliation par l'Adhérent, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite avec un préavis de deux mois.
- en cas de résiliation par l'Adhérent en cours d'année, après un délai préalable minimum d'un an d'adhésion au contrat, la résiliation prenant effet un mois après la réception de la demande.

La demande de résiliation adressée par l'Adhérent peut se faire selon l'une des modalités prévues à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité ou directement sur le site internet d'Apicil dans l'onglet salon client : http://mon.apicil.com/, ou directement depuis votre espace client personnel.

L'adhésion prend également fin :
- dès que l'Adhérent cesse d'appartenir aux personnes assurables,
- en cas de non-paiement de la cotisation conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité,
- en cas de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur,
- à la date d'effet de l'adhésion à un contrat d'assurance groupe collective obligatoire souscrit auprès du Groupe APICIL (sur présentation des justificatifs).
- en cas de décès de l'assuré.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, l'Adhérent sera informé, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, que le défaut de paiement de cotisations ou fractions de cotisations échues entraînera la résiliation de l'adhésion 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, à moins que les cotisations dues n'aient été versées entre-temps.

Les Bénéficiaires autres que le membre participant cessent de pouvoir bénéficier de l'adhésion dès qu'ils cessent de remplir les conditions pour être assurables.

L'Adhérent s'engage à ne plus utiliser l'attestation de droit tiers payant de tout membre participant en disposant qui cesse de pouvoir bénéficier de l'adhésion.

Article 5 - MODIFICATION DU CONTRAT

API SANTE peut faire l'objet de modifications par accord entre la Mutuelle et le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur informe les Adhérents de ces modifications. Si l'Adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut dénoncer son contrat dans le mois suivant la notification des modifications.
Le paiement de la première cotisation exigible à compter de la date de mise en application des modifications vaut acceptation de celles-ci.

Article 6 – TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises aux membres participants habitant habituellement (soit plus de 6 mois par an) 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.
Les hospitalisations effectuées à l'étranger sont remboursées sur la base de la garantie des frais de séjour non conventionnés.

En conséquence, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale 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 membre participant figurant sur le bulletin d'adhésion.

Pour tout changement de domicile, le membre participant doit informer la Mutuelle par lettre recommandé, ou via son espace client digital de son changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 7 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées en tenant compte du niveau de garanties souscrites, de la zone géographique de résidence et de l'âge du membre participant et de ses bénéficiaires atteint au 31 décembre de chaque année.
Elles correspondent à l'âge atteint par le membre participant (l'assuré principal) et ses bénéficiaires éventuels au 31 décembre de l'année en cours.

Les cotisations sont payables annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.
Le prélèvement automatique est obligatoire si l'Adhérent opte pour un paiement mensuel.

En cas de modification du foyer en cours de contrat (par exemple : naissance d'un enfant, décès du membre participant ou d'un ayant droit, etc…) le montant des cotisations s'en trouvera modifié à compter de l'événement qui y donne naissance, sur présentation des justificatifs.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, de la législation fiscale ou sociale. En cas de modification de ses droits et obligations, le membre participant dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L.221-6 du Code de la mutualité.

Les cotisations évoluent selon deux paramètres :
- en fonction de l'évolution de l'âge du membre participant et de ses bénéficiaires ;
- en fonction de l'évolution de la Consommation Médicale Totale (CMT) et des résultats du contrat.

Créateurs d'entreprise
Est assimilée à une création d'entreprise, l'inscription au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou la première installation en tant que profession libérale si l'adhésion se fait dans les 2 années de création de la structure ou de la reprise d'activité.

Article 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet. Le membre participant sera alors directement informé de la suspension des garanties.

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

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 9 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS

9-1-1 Principe
L'Adhérent choisit son niveau de garanties.
Les prestations garanties de ces différents niveaux sont définies dans le « Tableau de garanties ».

Le niveau choisi(e) est notifié(e) sur le Bulletin d'adhésion. **Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.**

9-1-2 Garanties de dépenses médicales
Le contrat garantit le remboursement des dépenses médicales consécutives à un accident ou une maladie, en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire du Bénéficiaire suivant le niveau de garanties choisi et dans la limite des frais exposés. Le contrat prévoit également des prestations forfaitaires concernant des dépenses non prises en charge par le régime obligatoire.

Les soins couverts sont ceux dont la date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion et compris pendant la période d'assurance. Les soins résultant d'accidents scolaires, d'accidents du travail, d'accidents par un tiers responsable sont couverts dans les mêmes conditions.

Certains remboursements sont plafonnés conformément au tableau de garanties.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne pourra jamais excéder la dépense réelle.

GAMME EQUILIBRE

a) Conditions d'admission
Le membre participant, et son conjoint le cas échéant, doivent être âgés :
- au minimum de 16 ans,
- au maximum, selon le niveau souscrit :
  - Niveau 1 : pas de limitation d'âge à l'adhésion.
  - Niveaux 2 et 3 : 85 ans inclus.

- Niveaux 4 à 6 compris : 79 ans inclus.

L'enfant doit être âgé de moins de 18 ans ou de moins de 26 ans sous certaines conditions (voir article 2).

b) Sélection des garanties

L'Adhérent choisit ses garanties parmi les niveaux qui lui sont proposées lors de l'adhésion.

Il est également possible :
- de compléter le niveau sélectionné en souscrivant le module « PRESTATIONS DE CONFORT ».

Si l'Adhérent est âgé de moins de 50 ans au moment de l'adhésion, les prestations de confort JEUNES/FAMILLES lui seront accessibles.
Si l'Adhérent est âgé de 50 ans et plus au moment de l'adhésion, les prestations de confort SENIORS lui seront accessibles.

Attention :
- Le choix du module « PRESTATIONS DE CONFORT » peut se faire à 2 moments :
- ou il se fait au moment de l'adhésion ; il sera alors possible de résilier ce choix. Dans cette hypothèse, il sera alors impossible d'y resouscrire.
- ou il se fait en cours de vie du contrat. Dans cette hypothèse, il sera alors impossible de le résilier.

Lors de l'adhésion :
- Les prestations garanties de ces différents niveaux sont définies dans le « Tableau de garanties ».
- Le niveau choisi est notifié sur le Bulletin d'adhésion. Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

c) Cotisations
- Le mode de cotisation proposé est une cotisation « à la tête ».
- une réduction de 10% sera appliqué dès le 2ème assuré. Les 10% s'appliquent sur la cotisation familiale. Le 3ème enfant et les suivants sont couverts gratuitement.
- Les enfants peuvent être couverts jusqu'à la veille de leur 26ème anniversaire sous certaines conditions (voir article 2).

d) Ajout ou suppression de bénéficiaire(s)

La modification du nombre de bénéficiaire(s) peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

e) Modification de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible dans les conditions suivantes :
- **d'avoir au moins un an d'adhésion dans le contrat (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous) au moment de la demande,**
- **que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification,**
- **que les limites d'âge d'accès aux garanties soient respectées lors de la modification de la garantie.**
- **que la demande soit faite au moins 10 jours avant la date effective du changement ; ce changement prendra effet alors le 1er jour du mois suivant la demande.**

Le changement de niveau de garanties est limité à un niveau supérieur ou inférieur,
Les garanties ne peuvent être modifiées qu'une seule fois durant la vie du contrat

Plafonds en prothèses dentaires
En cas d'augmentation ou de réduction de la garantie d'un niveau ; en passant par exemple du niveau 3 à 4 ou inversement, le membre participant conserve l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

Attention cependant : le membre participant perd le bénéfice de l'antériorité concernant les plafonds de prothèses dentaires et se voit appliquer le plafond de la première année du nouveau niveau en cas de modification de garantie consistant à aller d'un niveau de la gamme EQUILIBRE vers un niveau de la gamme SERENITE.

Il est également possible de changer de PRESTATIONS DE CONFORT (JEUNES/FAMILLES vers SENIORS) au 1er du mois qui suit la demande sous réserve :
- que le membre participant ait l'âge requis (50 ans au moins) pour en bénéficier,
- que la demande soit faite au moins 10 jours avant la date effective du changement
- que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification.

Les règles de modification de garanties s'entendent hors cas listés 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,
- Naissance /Adoption.

GAMME SERENITE

a) Conditions d'admission

Le membre participant doit être âgé :
- au minimum de 50 ans,

Son conjoint, le cas échéant, doit être âgé :
- au minimum de 45 ans,

L'enfant doit être âgé de moins de 18 ans ou de moins de 26 ans sous certaines conditions (voir article 2).

Le membre participant, et son conjoint le cas échéant, doivent être âgés au maximum, selon le niveau souscrit :
- niveaux 1 et 2 : 85 ans inclus
- niveaux 3 à 5 : 79 ans inclus

b) Sélection des garanties

L'Adhérent choisit son niveau de garanties parmi les niveaux qui lui sont proposées lors de l'adhésion.

Il est également possible de compléter le niveau sélectionnée en souscrivant le module « PRESTATIONS DE CONFORT ».

Attention :
- Le choix du module « PRESTATIONS DE CONFORT » peut se faire à 2 moments :
- ou il se fait au moment de l'adhésion ; il sera alors possible de résilier ce choix. Dans cette hypothèse, il sera alors impossible d'y resouscrire.
- ou il se fait en cours de vie du contrat. Dans cette hypothèse, il sera alors impossible de le résilier.

Lors de l'adhésion :
- Les prestations garanties de ces différents niveaux sont définies dans l'annexe « Tableau de garanties ».
- Le niveau choisi est notifié sur le Bulletin d'adhésion. Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

c) Cotisations
Le mode de cotisation proposé est une cotisation « à la tête ».
- une réduction de 10% sera appliqué dès le 2ème assuré. Les 10% s'appliquent sur la cotisation familiale.
- le 3ème enfant et les suivants sont couverts gratuitement.
- les enfants peuvent être couverts jusqu'à la veille de leur 26ème anniversaire sous certaines conditions (voir article 2).

d) Ajout ou suppression de bénéficiaire(s)
La modification du nombre de bénéficiaire(s) peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

e) Modification de garanties en cours d'adhésion
Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible dans les conditions suivantes :
- **d'avoir au moins un an d'adhésion dans le contrat (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous) au moment de la demande,**
- **que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification,**
- **que les limites d'âge d'accès aux garanties soient respectées lors de la modification de la garantie.**
- **que la demande soit faite au moins 10 jours avant la date effective du changement ; ce changement prendra effet alors le 1er jour du mois suivant la demande.**
- Le changement de niveau de garanties est limité à un niveau supérieur ou inférieur.

Les garanties ne peuvent être modifiées qu'une seule fois durant la vie du contrat.

Plafonds en prothèses dentaires
En cas d'augmentation ou de réduction de la garantie d'un niveau; en passant par exemple du niveau 3 à 4 ou inversement, le membre participant conserve l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

Les règles de modification de garanties s'entendent hors cas listés 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,
- Naissance /Adoption.

Article 10 - 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 (le membre participant n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), la Mutuelle 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 au prorata temporis.

Article 11 - INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort. A titre d'exemple, lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, 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 la Mutuelle au professionnel de santé, la Mutuelle 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.
En toute hypothèse, la date de fin de droit mentionnée sur l'attestation dématérialisée prévaut sur celle qui figure sur la carte de tiers-payant éditée.

Article 12 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau de 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 pour les plafonds dentaires (cf articles 13-4 C et 13-4 D).

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont le membre 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 membre 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 la Mutuelle ne peut prendre en charge des dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par 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 13 - DETAIL DES PRESTATIONS

13-1 JUSTIFICATIFS

APICIL MUTUELLE 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 la Mutuelle.

Pour connaitre les soins concernés, il convient également de se reporter au tableau de garanties.

13-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maitrisée, tels que l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie et Obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à ce type de dispositif (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 (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 adhérents à ce type de dispositif (OPTAM).**

13-3 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, dès lors qu'il y a eu une prise en charge par la Sécurité sociale et déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

13-4 DETAILS

13-4 A Soins courants

HONORAIRES MEDICAUX
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 maitrisée.

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).

MEDICAMENTS
Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale, sauf si prévu au barème de garanties (sélection des « PRESTATIONS DE CONFORT »).

MATERIEL MEDICAL
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.

A cela se rajoute, pour le grand appareillage **et sous réserve que la prestation soit prévue au tableau de garanties, un forfait annuel en euros supplémentaire.**

13-4 B Hospitalisation

L'hospitalisation se conçoit aussi bien en milieu hospitalier qu'à domicile.
Dans les deux cas, 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, en outre, donner lieu 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.

Sont exclus :
- **les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)**
- **les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.**

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES
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.**

FORFAIT PATIENT URGENCES
Il s'agit de la participation aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

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 par le présent contrat.

CHAMBRE PARTICULIERE
La prestation (hospitalisation ou ambulatoire) est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire dans la limite des frais engagés et sous réserve de soins pris en charge par la Sécurité sociale.

Cette prestation est limitée à :
- 30 jours pour les séjours en psychiatrie,
- 180 jours pour toutes autres hospitalisations.

Pour la chambre ambulatoire, la prestation est limitée à 15 jours par année civile et par bénéficiaire.

FRAIS DE SEJOURS EN MAISONS D'ACCUEIL HOSPITALIERES
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, elle s'entend par jour **dans la double limite des frais réellement engagés par le bénéficiaire mais aussi de 15 jours par séjour.**

Cela concerne les séjours réalisés dans :
- Les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH) dont a liste est accessible sur www.fmah.fr ;
- La Maison de Répit de Lyon (www.maison-repit.fr).

Peuvent prétendre à en bénéficier :
- l'assuré ou l'ayant droit au sens du présent contrat séjournant en maison d'accueil recevant des soins ou examens médicaux hospitaliers ne nécessitant pas ou plus d'hospitalisation ;
- l'accompagnant de l'assuré, ou de l'ayant droit. L'accompagnant doit être assuré ou ayant droit au sens du présent contrat.
Lorsque plusieurs personnes accompagnantes d'un même malade sont hébergées simultanément dans un établissement d'accueil, la prise en charge est limitée à 3 accompagnants.

Le remboursement de tout ou partie des frais de séjour engagés par le bénéficiaire (comprenant uniquement l'accueil, l'hébergement et le petit déjeuner) est conditionné à la présentation de la facture acquittée de l'établissement d'accueil (précisant le montant de la participation de la Sécurité sociale).

NUITEE D'ACCOMPAGNEMENT
Cette nuitée, à l'hôpital ou en clinique, 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 de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 70 ans.

13-4 C Optique

Lors de chaque achat d'équipement, le membre participant pourra opter :
- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 14-1),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau de garanties.

Equipement de classe B : le devis est obligatoire pour qu'il y ait un remboursement sur la base des forfaits proposés. En l'absence de devis, seul le ticket modérateur sera remboursé.

La prise en charge totale ou partielle des dépenses engagées qui en découle sera effective sous réserve de l'accord exprès et préalable de la Mutuelle.
Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Les opticiens conventionnés Actil ont accès au portail Actil pour établir le tiers payant sur les verres et monture. Toute demande de remboursement via ce portail génère automatiquement un envoi de devis auprès d'APICIL MUTUELLE.

Le membre participant qui se rend chez un opticien ne pratiquant pas le tiers payant devra impérativement transmettre préalablement un devis papier à APICIL MUTUELLE pour que le remboursement puisse être fait le cas échéant.

Sauf disposition figurant sur le tableau de garanties les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la base de remboursement Sécurité sociale ou en forfait en euros par

équipement (monture et verres, prestations de la Sécurité sociale incluses).

Le remboursement Sécurité sociale est à déduire de la base de remboursement Sécurité sociale ou du forfait en euros figurant sur le tableau de 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 la Mutuelle.

En tout état de cause, la justification d'une évolution de la vue se fonde conformément aux conditions de renouvellements précisées sur l'arrêté du 3 décembre 2018 article VIII.2. – Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique.

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 entrainant 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, 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, 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 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 sphero-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 sphero-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 sphero-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphero-cylindriques dont la sphère est inferieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphero-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 sphero-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 sphero-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 sphero-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 sphero-cylindriques dont la sphère est inferieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphero-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 très complexe
- ou d'un verre complexe et d'un très hyper complexe

LENTILLES
Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.
Attention : au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.
Les produits d'entretien ne sont pas pris en charge sauf mention contraire figurant dans le tableau de garanties.

CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, elle s'exprime dans la limite d'un forfait par année civile et par bénéficiaire.
Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes techniques qui permettent de corriger les troubles de la vue comme la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.
Elle comprend les interventions qui ont pour objet de corriger l'amétropie, à l'aide d'un appareil ou dispositif médical, tel que le laser, ou l'implant (lentilles intraoculaires), ou d'instruments chirurgicaux.

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.

13-4 D Dentaire

Lors de la réalisation de travaux dentaires, le membre participant pourra opter :
- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 14-2),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau de garanties (panier « modéré » et panier « libre »).

Un devis est obligatoire pour tous les travaux dentaires correspondants aux paniers « modéré » et/ou « libre », dès lors qu'un acte dépasse un montant figurant sur le tableau de garanties. En l'absence de devis préalable envoyé à la Mutuelle, le remboursement sera limité au ticket modérateur.

La prise en charge totale ou partielle des dépenses engagées qui en découle sera effective sous réserve de l'accord exprès et préalable de la Mutuelle.
Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Les dentistes conventionnés Actil peuvent transmettre les demandes de prise en charge par mail à Actil. Toute demande selon cette modalité génère automatiquement un envoi de devis auprès de la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES ET INLAYS ONLAYS
Cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires pratiqués par un chirurgien-dentiste, ainsi que ceux relatifs aux inlays-onlays conformément au tableau de garanties.

PROTHESES
La prise en charge varie selon la position des dents. Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles. Les dents visibles sont les incisives, les canines et premières et deuxièmes prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, et 45 (bas).

Les dents non visibles telles que les molaires concernent les dents portant les numéros : 16, 17, 18, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 36, 37, 38, 46, 47 et 48 (bas).

PROTHESES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE
La rubrique « prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale » concerne exclusivement les bridges composés de deux piliers de bridge et d'un intermédiaire de bridge.
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, elle est valorisée dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par année civile et par bénéficiaire.

Les piliers et intermédiaires de bridges supplémentaires ne sont pas remboursés de même que les bridges implanto-portés et toute autre prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale.

PLAFOND DE PRISE EN CHARGE : PROTHESES DENTAIRES PRISES EN CHARGE OU NON PAR LA SECURITE SOCIALE
Si le plafond est prévu au tableau de garanties : il est alloué en fonction du niveau choisi et s'apprécie par année d'adhésion et par bénéficiaire.

Le plafond dentaire pour chaque bénéficiaire concerné est calculé de la manière suivante :
- 1ère année : date d'adhésion+ 12 mois
- 2ème année : date d'adhésion + 24 mois

PARODONTOLOGIE,
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, des prestations de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent être prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.
Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

IMPLANTOLOGIE
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, 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.

13-4 E Aides auditives

Les audio-prothésistes conventionnés Actil peuvent transmettre les demandes de prise en charge par mail à Actil. Toute demande selon cette modalité génère automatiquement un envoi de devis auprès de la Mutuelle.

Lors de chaque achat d'équipement, le membre participant pourra opter :
- soit pour une offre « 100% Santé » sans reste à charge (dont le détail figure à l'article 14-3),
- soit pour une offre de prise en charge classique prévue au tableau de 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.

Equipement de classe II :
Avant toute pose d'appareil auditif de classe II, l'envoi d'un devis est obligatoire à la Mutuelle pour qu'il y ait un remboursement. En l'absence de devis, aucun remboursement ne sera accordé autre que le seul remboursement du ticket modérateur.

La prise en charge totale ou partielle des dépenses engagées qui en découle sera effective sous réserve de l'accord exprès et préalable de la Mutuelle.
Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

13-4 F Prestations de confort

PACK CONFORT
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un pédicure-podologue, d'un étiopathe, d'un chiropracteur, d'un diététicien-nutritionniste, d'un psychomotricien, d'un psychologue, d'un naturopathe, d'un hypnothérapeute, d'un homéopathe ou d'un sophrologue.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.
Un numéro ADELI ou RPPS est également obligatoire pour obtenir un remboursement sauf pour les acupuncteurs, les étiopathes, les naturopathes, les hypnothérapeutes, les homéopathes ou les sophrologues.

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.

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an (qui s'entend par année civile) et par bénéficiaire.

CONTRACEPTION PRESCRITE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE
Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an (qui s'entend par année civile) et par bénéficiaire.

ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, cette allocation est payée, à l'assuré, autant de fois qu'il y a de naissances. Elle est payée aussi en cas d'adoption.
L'assuré devra nous adresser une copie du livret de famille, un acte de naissance ou un jugement d'adoption plénière.

FECONDATION IN VITRO (FIV) NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE
La prestation est un forfait qui s'exprime en euros et par an (qui s'entend par année civile). Elle est limitée à 2 FIV par an.
Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements et des tentatives.

CURE THERMALE
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, **elle ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale pris en charge par la Sécurité sociale.**
Cela ne concerne que les honoraires et frais pris en charge par la Sécurité sociale. Les prestations concernent ainsi :
- les frais de séjour et les frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale,
- ainsi que les frais médicaux : le forfait de surveillance médicale, les pratiques médicales complémentaires si nécessaire et le forfait thermal.

En cas d'interruption de la cure du fait du bénéficiaire avant la fin de la date déterminée par la Sécurité sociale, l'allocation sera alors proratisée en fonction du nombre de jours de cure par rapport au nombre de jours attribués par la Sécurité sociale.
Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèveront **exclusivement** de la rubrique hospitalisation.

COMPLEMENT EQUIPEMENTS POST CANCER
Si la prestation est prévue au tableau de garanties, et sitôt les séances de rayons ou de chimiothérapie prescrites, le membre participant bénéficie d'une allocation déclenchée sur facture pour faire face aux dépenses en lien avec sa pathologie en vue de l'amélioration de son confort :

Ces prestations portent exclusivement sur un complément de prothèses capillaires, un complément de prothèses mammaires et l'achat de lingerie post mastectomie.

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) Haemophilus influenzae B ;
g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 14 – PANIERS 100% SANTE

14-1 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 (P.L.V.) 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 du cumuler le forfait prévu pour un Equipement à prise en charge libre et le remboursement d'un Equipement 100% santé.

14-2 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 règlementairement (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, également, les couronnes céramiques monolithiques (CCM) sans zircone et céramo-métalliques sur dent visible (incisive, canine et 1ère prémolaire), CCM zircone (incisive, canine et prémolaire), couronnes métalliques toutes localisations, des inlays core et couronnes transitoires, les bridges céramo-métalliques (incisives et canines), les bridges full zircone et métalliques toutes localisations (codes CCAM : HBLD680, HBLD634, HBLD350, HBLD038, HBLD090, HBLD490, HBLD785, HBLD033), 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 limité 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 limite de facturation.

14-3 Aides auditives

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

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 1700 euros par oreille (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Article 15 – DELAIS ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle règle ses prestations frais de santé par virement sur votre compte bancaire ou postal :

- dans un délai moyen de 48 heures, pour les décomptes faisant l'objet d'une télétransmission par les caisses d'assurance maladie et ne nécessitant pas de contrôle préalable,
- 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 16 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations d'APICIL MUTUELLE 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 membres 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 ;
- l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le « 100% Santé » ;
- le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- la participation du membre participant aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

A 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 membre 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 membre 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 MUTUELLE s'engage à permettre aux membres participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville et plus largement sur l'ensemble des prestations issues du panier de soins 100% santé, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

Article 17 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :
- certains 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 de garanties*),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation ; 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 la 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 frais d'hébergement résultant d'une admission en unité de soins de longue durée (USDL),

- le forfait journalier résultant d'une admission dans un établissement médico-social (tel qu'une maison d'accueil spécialisée [MAS], un EHPAD, ESAT, un centre ou un institut pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc…).

D'une manière générale, sont également exclus les exclusions visées à l'article 16 ci-avant liées au caractère responsable du contrat.

Le fait que la Mutuelle 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 se prévaloir de ces exclusions.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 - DEFINITIONS

Echéance annuelle de l'adhésion : le 31 décembre de chaque exercice.

Terme de l'adhésion : date d'expiration de l'adhésion ; elle marque la fin des garanties.

Bulletin d'adhésion : document rempli et signé par l'Adhérent. Il sert de base pour l'établissement du Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion : document, en deux exemplaires, signé par la Mutuelle, dont un exemplaire est remis à l'Adhérent et précisant les dispositions particulières de l'adhésion. L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du certificat d'adhésion signé et à la fourniture des pièces justificatives demandées.

Avenant : document, en deux exemplaires, constatant une modification du Certificat d'adhésion. Un exemplaire est remis à l'Adhérent et doit être signé par lui, pour marquer l'accord des parties.

Age du Bénéficiaire : l'âge du Bénéficiaire pris en compte pour le calcul des cotisations est l'âge atteint au 1er janvier.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Par an et par bénéficiaire : 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 s'il en est disposé autrement sur le tableau de garanties (notamment en matière d'optique cf Article 13-4 C et pour les plafonds dentaires cf. article 13-4 D).

Hospitalisation : période correspondant au séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier possédant les autorisations administratives nécessaires à la pratique des soins médicaux ou chirurgicaux.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Bénéficiaire et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Régime obligatoire : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire.

Base de Remboursement (BR) : équivalent de l'ancien Tarif de Convention auquel il se substitue progressivement dans le cadre de la mise en œuvre de la Codification Commune des Actes Médicaux (CCAM) par l'Assurance maladie. C'est le tarif à partir duquel est calculé le remboursement du régime obligatoire.

Parcours de soins : Passage par un médecin traitant choisi par le membre participant avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à 26 ans). Le non-respect du parcours de soins engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Ticket modérateur ('TM') : c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)…

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Dans la présente notice d'information, le terme de Sécurité sociale représente tous les régimes légaux obligatoires.

PIECES A FOURNIR

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
HOSPITALISATION	**Facture acquittée + bulletin d'hospitalisation**
Hospitalisation en clinique	Facture originale acquittée + factures d'honoraires
Hospitalisation à l'hôpital	Avis des sommes à payer + Attestation de paiement originaux et acquittés
NB : toutes les factures fournies doivent impérativement mentionner les actes, la dépense, la prise en charge Sécurité sociale (si prise en charge) et le reste à charge. Ces factures doivent aussi être nominatives et préciser le bénéficiaire du traitement ou produit.	
ACTES MEDICAUX COURANTS *	
Analyses, Auxiliaires médicaux	Facture détaillée et acquittée
Pharmacie, Appareillage (petit ou grand)	Facture subrogatoire acquittée
Consultations (généraliste ou spécialiste)	Décompte Sécurité sociale original ou décompte de votre première mutuelle 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
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Si vous bénéficiez du tiers payant, mais que vous avez réglé la part mutuelle : facture acquittée + prescription médicale
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	Soins réalisés par un dentiste : décompte Sécurité sociale original et/ou facture détaillée et acquittée Soins réalisés dans un centre dentaire : décompte Sécurité sociale et/ou facture détaillée et acquittée
Prothèse dentaire non prise en charge par la sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	Soins réalisés par un dentiste : décompte Sécurité sociale original et/ou facture détaillée et acquittée Soins réalisés dans un centre dentaire : décompte Sécurité sociale et/ou facture détaillée et acquittée
FORFAITS	
Allocation Maternité	Acte de naissance
Adoption	Extrait du jugement d'adoption en français (adoption simple ou plénière)
Cure thermale	Facture détaillée et acquittée mentionnant les dates du séjour
Complément équipement post cancer	Facture détaillée et acquittée
Ostéopathe, pédicure-podologue, chiropracteur, diététicien, nutritionniste, psychomotricien, psychologue, psychothérapeute	Facture acquittée avec le cachet du praticien ainsi que le N° ADELI ou RPPS précisant la date et le bénéficiaire des soins
Acupuncteur, étiopathe, sophrologue, naturopathe, homéopathe, hypnothérapeute, vaccins	Facture 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.

Article 19 - 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.

Toutefois, ce délai ne court :
- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Si l'action du Bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

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 ou d'un envoi recommandé électronique adressée par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, 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 20 - CONTROLES

Dans la mise en œuvre du service des prestations, la Mutuelle 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 21 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE ET DECHEANCE

En cas d'accident, la Mutuelle 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 membre participant, à un ayant droit ou à un professionnel de santé.

En cas de demande de prestations au titre de l'une des garanties prévues à la présente notice, dont la cause ouvre droit à recours subrogatoire de la part d'APICIL MUTUELLE (lorsque le fait générateur du sinistre est un accident ou un fait volontaire, imputable à un tiers) ; le membre participant est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle.
A défaut, la Mutuelle pourra cesser le versement des prestations dues au membre participant qui aura refusé ou omis de lui communiquer les éléments d'information propres à permettre à APICIL MUTUELLE d'exercer un recours contre le tiers responsable et/ou son organisme assureur.
Ainsi, par son refus ou dissimulation, le membre participant qui aura privé la Mutuelle de la possibilité d'exercer son recours subrogatoire, perdra le droit au versement des prestations correspondantes.

Article 22 - CONTROLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle 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 23 - FAUSSE DECLARATION

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

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, la Mutuelle pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour APICIL MUTUELLE, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

En cas de fausse déclaration, même en cours d'exécution du contrat, en cas de fraude ou de tentative de fraude, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Article 24 - RECLAMATIONS MEDIATION

24-1 Réclamations

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

APICIL MUTUELLE
Service Partenariats de gestion / Equipe
Réclamations Santé Prévoyance
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE

Ou directement depuis votre espace client digital.

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai.
La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'accusé de réception.

24-2 Médiation

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

Le recours au médiateur de la mutualité française est gratuit. Les saisines seront rédigées en langue française et adressées :
Soit par voie postale à :

Monsieur le Médiateur
de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Soit par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/

Article 25 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le membre participant est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, APICIL MUTUELLE 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 (RGPD).

APICIL MUTUELLE 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 MUTUELLE 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 peuvent également être utilisées pour la lutte contre la fraude, pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Le traitement est alors fondé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement dans le respect des droits et intérêts du membre participant.
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 MUTUELLE. Sur cette même base et sauf opposition de la part du membre participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par APICIL MUTUELLE, 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 membre 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 membre 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 MUTUELLE 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.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le membre 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 MUTUELLE et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants en contactant APICIL MUTUELLE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire :
- 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 de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès à la CNIL.

Le membre 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 membre participant est également informé qu'APICIL MUTUELLE 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 MUTUELLE s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le membre participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, APICIL MUTUELLE 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 MUTUELLE au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles d'APICIL MUTUELLE 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 membre 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 MUTUELLE en vigueur.

Article 26 - DROIT A RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat.

26-1 GÉNÉRALITÉS

Tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion auprès d'une mutuelle a la faculté d'y renoncer par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

26-2 CONTRAT CONCLU A DISTANCE

Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entre pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :
a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

26-3 DEMARCHAGE A DOMICILE

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

26-4 COMMENT FAIRE ?

Pour cela, vous devez le notifier à la Mutuelle, selon le modèle ci-après :

« Je soussigné (nom, prénom, adresse, téléphone), déclare renoncer à mon adhésion au contrat xxxxx référencé (numéro de contrat) du (date). Aussi, je vous prie de bien vouloir annuler cette adhésion et me rembourser l'intégralité des cotisations versées. Date et signature. »

Article 27 - COMMUNICATION PAR VOIE ELECTRONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article 1366 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre le membre participant et la Mutuelle sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits.

L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par le membre participant des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations.

	PANIERS 100 % SANTE				AUTRES PANIERS				
	DÉFINITION		OBLIGATION DEVIS	EN CAS DE DÉPASSEMENT FORFAIT/PLAFOND	DÉFINITION	OBLIGATION DEVIS		EN CAS DE DÉPASSEMENT FORFAIT/PLAFOND	
						QUID	CONSEQUENCE	QUID	CONSEQUENCE
OPTIQUE		*Équipement de classe A* **Panier zéro reste à charge**	NON	Les prix de vente et les bases de remboursement sont encadrés. Remboursement systématique	*Équipement de classe B* ou en cas d'équipement mixte (ex : 2 verres de classe A + 1 monture de classe B)	**Devis préalable obligatoire**	Si respect du devis préalable : paiement à hauteur du forfait de la garantie souscrite En l'absence de devis préalable : le paiement est limité au forfait minimum des contrats responsables	Équipement optique : Autres dispositifs optique :	Au-delà des plafonds contrat responsable, les remboursements seront limités au TM (si prise en charge par la SS) sauf cas de renouvellement anticipé accepté par la Sécurité sociale Dès atteinte du forfait euros, les remboursements seront limités au TM (si prise en charge par la SS)
DENTAIRE		**Panier zéro reste à charge**	NON	Les prix de vente et les bases de remboursement sont encadrés. Remboursement systématique	Panier modéré ou panier libre	**Devis préalable obligatoire pour tout acte supérieur à 1 000 €***	Si respect du devis préalable : paiement à hauteur de la garantie souscrite En l'absence de devis préalable : le paiement est limité au minimum légal, soit le TM (100 % BR - SS)	En présence de plafonds dentaires/forfait euros	Au-délà du plafond dentaire ou forfait euros, le remboursement est limité au TM (si prise en charge par la SS) (idem que pour les devis)
AIDES AUDITIVES		*Équipement de classe I* **Panier zéro reste à charge**	NON	Les prix de vente et les bases de remboursement sont encadrés. Remboursement systématique	*Équipement de classe II*	**Devis préalable obligatoire**	Si respect du devis préalable : paiement à hauteur de la garantie souscrite En l'absence de devis préalable : le paiement est limité au minimum légal, soit le Ticket Modérateur (100 % BR - SS)	atteinte plafonds contrat responsable/forfait euros	Au-delà des plafonds contrat responsable les remboursements seront limités au TM (si prise en charge par la SS)

***exemple :**

Devis dentiste de 1 500 € : acte A = 500 €/acte B = 600 €/acte C = 400 => pas de devis obligatoire
Devis dentiste de 1 500 € : acte A = 1 200 €/acte B = 300 € => **devis préalable obligatoire**
un "acte" peut être un implant ou une prothèse par exemple

Dans le cadre de la réforme du 100% Santé, les professionnels de santé (opticiens, dentistes et audioprothésistes) sont dans l'obligation de communiquer un devis à leurs patients/clients. L'assureur demande aux assurés, n'ayant pas choisi le panier 100% Santé, de communiquer ce devis aux fins d'analyses permettant de veiller au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.