



Notice d'information collective Santé

**Industrie de l'Habillement
Rhône-Alpes**

MICILS

NOTICE D'INFORMATION

(au sens de l'article L. 221-6 du code de la mutualité)
(NI-FM IHRA 01-13)

Cette notice d'information (NI-FM IHRA 01-13) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès de MICILS, mutuelle régie par le code de la mutualité et immatriculée sous le numéro 302.927.553, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) et ci-après dénommée parfois « la Mutuelle ».

Elle comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau de vos garanties.

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 de MICILS pour les opérations collectives à adhésion obligatoire 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.

QUI EST COUVERT ?

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant aux catégories de personnel définies dans les conditions particulières du contrat souscrit par votre entreprise, ci-après dénommés « membre membre participants ». Il s'agit d'une adhésion à caractère obligatoire.

Sont aussi garantis tous les ex-salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en matière de protection sociale (lorsque leur entreprise rentre dans le cadre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008).

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de leur assurer ainsi qu'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.

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 tels que les arrêts de travail pour maladie, maternité, accident du travail ou de congé paternité*),
- ↪ à partir de la date d'embauche pour les nouveaux membres participants,
- ↪ 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.

DEFAUT 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 membre participant pourra alors être directement informé de la suspension des garanties, ainsi que les instances représentatives du personnel.

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

Dans le cadre de la portabilité des droits, en cas de non paiement des cotisations par l'ancien salarié, les garanties cessent à la date notifiée par l'entreprise.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- ↗ à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion,
- ↗ en cas de non-paiement des cotisations par l'ancien salarié, dans le cadre de la portabilité des droits,
- ↗ 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 (notamment en cas d'arrivée au terme des droits ou en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage telle qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle),
- ↗ à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la sécurité sociale du membre participant ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail.

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

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, accident du travail ou de congé paternité pour lesquels la garantie frais de santé est maintenue moyennant le versement des cotisations correspondantes*), tels que le congé parental, congé sabbatique, congé création d'entreprise, le CIF etc... 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 que MICILS en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par MICILS de la déclaration faite par votre entreprise.

- ↗ en cas de refus de se soumettre à un contrôle.

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 membre 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 contrat 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.

Pour les chômeurs indemnisés, ils peuvent demander l'application du système de prolongation de garanties jusqu'au terme de la période de maintien des garanties prévu par l'article 14 de l'ANI (cf voir la rubrique « portabilité des droits ») dans le cas où la durée de ce maintien est supérieure à 6 mois.

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

PORTABILITE DES DROITS

En application de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 et ses avenants, les anciens salariés bénéficiaires d'allocations chômage (hors le cas de licenciement pour faute lourde) continuent à avoir droit au régime frais de santé appliqué dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage, moyennant paiement de leur quote-part des cotisations correspondantes et pour des durées égales à la durée de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture. Ce dispositif de portabilité, lorsqu'il est applicable à l'entreprise et est retenu par l'ancien salarié, entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts auprès de chez le dernier employeur.

L'ancien salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties ; s'il entend y renoncer, cette renonciation qui est définitive, concerne l'ensemble des garanties et doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation de son contrat de travail.

Le non-paiement par l'ancien salarié de sa quote-part de financement de ces garanties, à la date d'échéance des cotisations, libère l'ancien employeur de toute obligation et entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir.

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, l'ancien salarié a deux obligations :

- fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- informer son ancien employeur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celles-ci interviennent au cours de la période de maintien des garanties frais de santé.

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 d'outre-mer.

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 membre participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, le membre participant doit informer l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception 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 membre participant bénéficiaire de la portabilité.

EXCLUSION DES GARANTIES

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Les prestations de MICILS sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ». Aussi, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 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,
- la part de majoration de la participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) 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,
- 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.

De plus, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement 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 membre participant dans le groupe (*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 les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier, ainsi que toutes dépenses à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux.

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

- les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie,
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité Sociale,
- la maternité (sauf s'il s'agit d'un cas de césarienne).

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 est seule prise en considération (*et non la date de prescription par le professionnel de santé*). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.

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 prorata temporis.

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.

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

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.

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 avec accusé de réception.

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.

RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

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 ou à un ayant droit.

CONTROLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

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

RECLAMATIONS

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

**GROUPE APICIL
Service Qualité Client
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE**

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations vous concernant sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont destinées à MICILS et sont nécessaires au traitement des dossiers.

Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat d'adhésion et, le cas échéant, à ses réassureurs. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en adressant un courrier en ce sens au siège de la Mutuelle.

QUI BENEFICIE DES REMBOURSEMENTS ?

Sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties ou sur l'acte de mise en place du régime dans l'entreprise, et sous réserve de leur affiliation et du paiement des cotisations correspondantes, la garantie peut concerner :

- ↗ le membre participant,
- ↗ le conjoint du membre participant, à charge de ce dernier, reconnu comme ayants droit de celui-ci par la Sécurité Sociale, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- ↗ à défaut de conjoint, le concubin du membre participant à charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale, 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 moins de 3 mois de domicile commun (*facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...*) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- ↗ à défaut de conjoint, le partenaire avec qui le membre participant a conclu un PACS à charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale, 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,
- ↗ les enfants célibataires du membre participant à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés,
 - de moins de 21 ans (*chômeurs immatriculés personnellement à la Sécurité Sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription au Pole Emploi à la date des soins et d'une attestation de non indemnisation du Pole Emploi*),
 - ou jusqu'à la veille de leur 26^{ème} 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 26^{ème} anniversaire..

Dans tous les cas, les enfants en contrat de formation seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation 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 sociale et 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 au sens de la législation de la Sécurité Sociale,
- ↗ les autres personnes à charge du membre participant reconnues comme ayants droit de celui-ci par la Sécurité Sociale.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties doit être notifiée à la Mutuelle.

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

QUEL EST LE 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 s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

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 quelle que soit la date de souscription.

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 déclaration à la Sécurité Sociale.

QUELQUES PRECISIONS SUR LES PRESTATIONS

Les justificatifs qui seront adressés à MICILS devront être des documents originaux.

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

1 - L'HOSPITALISATION

Il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée 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).

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés dans la double limite prévue au tableau des garanties : un pourcentage des frais réels journaliers et un maximum journalier de remboursement.

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.

La prestation concerne aussi les honoraires demandés dans le cadre d'une maternité.

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation s'entend par jour dans la limite des frais engagés par bénéficiaire. Elle concerne aussi la chambre particulière dans le cadre d'une maternité.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport médicalisé.

2 - LES FRAIS MEDICAUX COURANTS

CONSULTATIONS ET VISITES DE MEDECINS GENERALISTES OU SPECIALISTES

Nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins.

3 - L'OPTIQUE ET LE DENTAIRE

OPTIQUE

Les prestations de ce poste s'expriment en un forfait en euros par an et par bénéficiaire.

Sauf disposition prévue aux conditions particulières du contrat de votre entreprise et figurant sur le tableau des garanties :

- **les prestations « monture » et « verres adultes » sont limitées à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire,**
- **et pour les bénéficiaires de moins de 18 ans, les prestations « monture » et « verres enfants » sont limitées à deux paires de lunettes par an et par bénéficiaire dans la limite du forfait indiqué au tableau de garanties.**

Sous réserve d'acceptation par « APICIL Santé Conseil », un deuxième remboursement de paire de verres reste possible au cours de la même année, et quel que soit l'âge du bénéficiaire, dans le cas d'une évolution de la vue nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande. Le motif « casse » ne donne pas lieu à une 2^{ème} participation pour un adulte (plus de 16 ans).

Les verres unifocaux complexes sont conventionnellement assimilés aux verres progressifs pour le calcul du remboursement.

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 remboursées ou non remboursées par la Sécurité Sociale ou les lentilles jetables.

1. si application du système Noémie

Pour les lunettes faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale, le bénéficiaire devra envoyer à MICILS la facture détaillée de l'opticien si le détail du prix de la monture et des verres n'est pas porté sur le décompte Sécurité Sociale.

Pour les lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale, il devra envoyer la facture détaillée des frais engagés ainsi que la prescription médicale de moins de 2 ans.

2. si pas d'application de Noémie

Il faudra envoyer le décompte de Sécurité Sociale ainsi que la facture détaillée.

DENTAIRE

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement à nos services, un devis. **Ce devis est obligatoire dès lors que ledit bénéficiaire dépassera dans l'année un seuil de prestations dont le montant figure sur le tableau des garanties.** La prise en charge, totale ou partielle des dépenses engagées au-delà de ce seuil reste possible **sous réserve de l'accord exprès et préalable de la Mutuelle.**

Les actes concernés par ce seuil sont uniquement les actes cotés SPR ou PRO : L'acceptation pour un dépassement de seuil est soumise à une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

La rubrique « prothèses dentaires » non prises en charge par la Sécurité Sociale concerne exclusivement les piliers de bridge.

En cas de non prise en charge par la SS, le bénéficiaire doit nous adresser la note d'honoraires détaillée et acquittée.

La rubrique « soins dentaires » comprend les remboursements d'inlays-onlays. Les dépassements d'honoraires sont autorisés sur ces seuls actes. Tous les autres soins sont dits opposables, dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, 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 limitée aux 4 premiers semestres. 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.

4 - LES PRESTATIONS ELARGIES

OSTEOPATHIE

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe. 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.

Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs de ces séances.

ALLOCATION MATERNITE

Le versement de ce forfait est exclusif de tout autre remboursement de frais, sauf si l'accouchement a lieu par césarienne. Cette allocation est payée autant de fois qu'il y a de naissances.

Il convient de nous adresser une copie du livret de famille ou un acte de naissance.

ALLOCATION OBSEQUES

Cette allocation est versée à celui qui a payé la facture des pompes funèbres sur justificatif des dépenses **et dans la limite des frais engagés.**

Il convient de fournir un bulletin de décès, la facture acquittée des pompes funèbres et le relevé d'identité bancaire ou postal de la personne ayant acquitté la facture.

Lorsque la facture a été intégralement acquittée dans le cadre d'une convention obsèques, la garantie n'est pas due.

CURE THERMALE

La prestation ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale (hors hébergement et transport).

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.

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES 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 et par bénéficiaire.

Il s'agit du vaccin anti grippe à l'exclusion de tout autre vaccin qui pourrait être couvert par les prestations liées à la prévention.

DENTAIRE

Si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations d'implantologie ou de parodontologie, 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.

PREVENTION

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

- le détartrage annuel des dents,
- le dépistage de l'hépatite B, sous réserve du respect du parcours de soins,
- ainsi que les vaccins dont la liste est établie par voie d'arrêté pris en application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale, sous réserve du respect du parcours de soins.

NOMENCLATURE DENTAIRE APICIL

Janvier 2013

CONCERNE LES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

(pas d'accord, ni de refus) listés ci-dessous

Après accord préalable sur devis

TRAVAUX DENTAIRES	BASES DE REMBOURSEMENT pour le calcul de nos prestations
Pilier de bridge	64,50 €
Orthodontie : → traitement actif (dans la limite des 4 premiers semestres)	193,50 € par semestre
→ contention (hors gouttière) (pour un an de contention)	161,25 €



38 rue François Peissel – BP 119 – 69646 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com