

Notice d'information – Santé

Tissage de soierie

(au sens de l'article L. 932-6 du code de la Sécurité sociale) (NI-Tissage de soierie 01-16)

La notice d'information (NI-Tissage de soierie 01-16) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès d'APICIL PREVOYANCE, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) et ci-après dénommée parfois « l'Institution de prévoyance ».

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

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

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

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

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

Article 16 - DETAIL DES PRESTATIONS	9
16-1 JUSTIFICATIFS	9
16-2 CONTRAT D'ACCES AUX SOINS	9
16-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR	9
16-4 DETAIL	9
Article 17 - DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	12
Article 18 - CONTRAT RESPONSABLE	12
Article 19 - EXCLUSIONS	12
 TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	 14
Article 20 - PRESCRIPTION	14
Article 21 - CONTROLES	14
Article 22 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	14
Article 23 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE	14
Article 24 - FAUSSE DECLARATION	14
Article 25 - RECLAMATIONS - MEDIATION	14
Article 26 - INFORMATIQUE ET LIBERTES	15

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche régionale TISSAGE DE SOIERIE, afin de rendre la branche attractive en matière de protection sociale ont souhaité, dans une approche équilibrée et efficiente, faciliter, pour les entreprises quelle que soit leur taille et leur situation démographique, l'accès à des dispositifs d'assurance à un coût avantageux. Dans ce contexte, ils ont signé l'accord du 23 novembre 2015, qui se substitue, à compter du 1^{er} janvier 2016, à l'accord du 26 novembre 2012.

APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance, régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, propose une Offre labélisée répondant aux caractéristiques de l'accord du 23 novembre 2015.

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

Le régime conventionnel Frais de Santé TISSAGE DE SOIERIE prévoit une couverture de Base obligatoire pour le salarié et ses ayants droits à charge (Type de cotisation Famille au sens large).

L'entreprise peut souscrire, à titre obligatoire pour ses salariés, les options facultatives suivantes :

- Couverture de la Famille au sens large sur la Base conventionnelle,
- Régime Optionnel en complément du régime conventionnel, selon le même type de cotisation que la Base (Famille au sens de la Sécurité sociale ou Famille au sens large).

Selon le choix de l'entreprise, le salarié peut, à titre individuel :

- couvrir son conjoint non à charge,
- augmenter son niveau de couverture en souscrivant le régime optionnel.

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 - PARTICIPANTS

Sont couverts par le Régime Frais de Santé TISSAGE DE SOIERIE, sous réserve des cas de dispense prévus par l'accord et inscrits dans l'acte fondateur établi dans l'entreprise et des cas de dispense réglementaires,

1-L'ensemble des salariés non cadres, c'est-à-dire ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de l'AGIRC du 14 mars 1947, des entreprises ou établissements entrant dans le champ d'application

territorial et professionnel de l'accord du 23 novembre 2015.

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

Pour être dispensés, conformément aux conditions indiquées ci-dessus, les salariés devront solliciter par écrit, auprès de leur entreprise, leur dispense d'affiliation et produire chaque année, tout justificatif attestant de leur couverture, sauf pour l'assurance individuelle, pour laquelle la dispense ne vaut qu'à l'affiliation et jusqu'à la première échéance annuelle du contrat individuel.

2- Les ayants droit à charge du participant, au sens de la Sécurité sociale, tels que définis à l'article 2 ci-après,

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

Article 2 - AYANTS DROIT

Les éventuels ayants droit affiliés via le Bulletin individuel d'affiliation, peuvent être :

- le conjoint du participant, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- à défaut de conjoint, le concubin du 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 moins de 3 mois de domicile commun (*facture d'électricité, facture de téléphone, 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 ou de concubin, le partenaire, à charge ou non, avec qui le participant a conclu un PACS, sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal et sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité sociale fait foi,
- les enfants célibataires du participant à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non-salariés,
 - a- 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 Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation de non indemnisation du Pôle Emploi*),

b- 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, elles sont garanties 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 participant, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge de l'assuré 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 participant, de son conjoint (ou de son concubin ou de son partenaire), à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale,

- les autres personnes à charge du participant reconnues comme ayants droit de celui-ci par la Sécurité sociale.

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

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

Article 3 - CONDITIONS D'AFFILIATION

Le type de cotisation souscrit par l'entreprise auprès d'APICIL PREVOYANCE est une cotisation « Famille au sens sécurité sociale ».

L'entreprise peut choisir de souscrire l'option facultative permettant de couvrir la Famille au sens large. Dans ce cas, la couverture Famille au sens large devient obligatoire dans l'entreprise.

- La couverture « famille au sens sécurité sociale » se compose du salarié et de ses ayants droit à charge tel que définis dans l'article L313-3 du Code de la sécurité sociale.
- La couverture « famille au sens large » se compose du salarié et de ses ayants droit qu'ils soient ou non à charge au sens de la sécurité sociale (conjoint, partenaire ou concubin immatriculé personnellement par exemple).

Si l'entreprise ne couvre à titre obligatoire, que la Famille au sens sécurité sociale, le salarié a la possibilité de couvrir son conjoint non à charge

moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire à sa charge exclusive.

Article 4 - OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat,
- à partir de la date de fin de suspension du contrat de travail sans salaire (*ne sont pas concernés les cas particuliers tels que les arrêts de travail pour maladie, maternité, accident du travail, congé paternité ou congé de présence parentale*),

- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux assurés ou de promotion dans la catégorie concernée ou à l'issue de la période d'ancienneté prévue dans l'acte de mise en place du régime dans l'entreprise,

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

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

Article 5 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation du contrat d'adhésion, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité.

- en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente, tant pour les salariés actifs que pour ceux en portabilité.

- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat d'adhésion, ou à la fin de la portabilité des droits.

- à la date d'effet de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale du participant ou de sa préretraite, sous réserve de la rupture du contrat de travail.

La cessation des garanties s'applique tant au participant qu'à ses éventuels ayants droit couverts par le régime soit par le contrat obligatoire d'entreprise soit par la souscription d'options facultatives à titre individuel.

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

Article 6 - 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, de congé paternité ou de congé de présence parentale, 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 qu'APICIL PRÉVOYANCE 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 l'Institution de Prévoyance de la déclaration faite par votre entreprise.

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

Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

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

1 - En effet, les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un participant décédé peuvent demander le maintien d'une couverture frais médicaux, sans délai d'attente, ni formalités médicales, sous réserve que leur demande soit présentée dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès.

Ce nouveau contrat, soumis à la signature d'un bulletin d'adhésion individuel pour le participant, sera conclu dans les conditions tarifaires conformes aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application (**attention : les dispositions de cette loi ne concernent que le participant seul, sauf lorsqu'il s'agit de couvrir les ayants droit d'un participant décédé**).

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

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

avant même que ne cessent les garanties issues du présent contrat.

Article 8 - PORTABILITE DES DROITS

8-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

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

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

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

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

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

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

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

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

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de frais de santé, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;

- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après (cf article 8-3) ;
- en cas de suspension des garanties ou de la résiliation du contrat collectif, quelle qu'en soit la cause ;
- en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente conformément à l'article L911-8 du code de la sécurité sociale.

8-3 OBLIGATIONS DECLARATIVES

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

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

8-4 GARANTIES

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

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

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

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

Article 9 - TERRITORIALITE

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

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

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

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

Pour tout changement de domicile, le participant doit informer l'Institution de Prévoyance par lettre recommandée 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 salarié bénéficiaire de la portabilité.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 10 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Les taux de cotisations du régime conventionnel obligatoire souscrit par l'entreprise sont exprimés en pourcentage du salaire annuel brut, tranches A et B.

Les cotisations correspondantes dues par l'employeur et par le participant sont versées par l'employeur auprès de l'Institution de Prévoyance.

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

Article 11 - DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 12 – CHOIX DES OPTIONS

12-1 Principe

En fonction du régime de base obligatoire souscrit par l'entreprise, le participant a la possibilité de souscrire les options facultatives suivantes :

- 1) Si l'entreprise a choisi le régime de base conventionnel, en type de cotisation « Famille au sens Sécurité sociale », le participant peut :
 - o D'une part couvrir son conjoint non à charge moyennant une cotisation supplémentaire payée à titre individuel,
 - o D'autre part compléter ses garanties en souscrivant pour lui, ses ayants droit à charge et éventuellement son conjoint s'il a décidé de le couvrir, le régime optionnel, moyennant des cotisations supplémentaires correspondantes, payées à titre individuel.

2/ Si l'entreprise a choisi le régime de base conventionnel, en type de cotisation « Famille au sens large », le participant peut compléter ses garanties en souscrivant pour lui et ses ayants droit le régime optionnel, moyennant une cotisation supplémentaire payée à titre individuel, (type Famille au sens large).

3/ Si l'entreprise a choisi le régime de base conventionnel + régime optionnel en type de cotisation « Famille au sens Sécurité sociale », le participant peut couvrir son conjoint non à charge moyennant une cotisation supplémentaire payée à titre individuel.

Lorsque le participant souscrit le régime optionnel, il doit également couvrir tous les membres de sa famille assurés par le contrat collectif de base.

Les garanties et les prestations du régime optionnel se font en différentiel des garanties de base.

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

Si tel devait être le cas, l'adhésion sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible pour le participant d'augmenter le niveau de ses garanties lorsque :

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

Les garanties prennent effet :

- à la date de l'affiliation au régime obligatoire ou,
- si la demande est faite ultérieurement, au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre, ou

- en cas de modification de la situation familiale au plus tôt, le 1^{er} jour du mois civil suivant l'évènement sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion par APICIL PRÉVOYANCE dans les deux mois qui suivent l'évènement ou à la date d'effet demandée si elle est postérieure.

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

12-2 Modification

a- A la demande du participant

Le changement de niveau de garanties à la hausse ou à la baisse, est possible au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du participant telle que décrite au paragraphe 12-1).

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

b- A la suite d'une modification des garanties du régime collectif obligatoire

La modification du régime collectif obligatoire entraînera la clôture de l'adhésion au régime optionnel.

Néanmoins, le participant pourra reformuler sa demande d'adhésion sur un niveau identique ou sur un autre niveau (en fonction des nouvelles garanties souscrites par l'entreprise sur le contrat collectif obligatoire).

12-3 Cotisations

Les cotisations du régime optionnel et les cotisations de l'extension des garanties au conjoint non à charge sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Le type de cotisation du régime optionnel est le même que celui souscrit à titre obligatoire dans l'entreprise :

- Cotisation Famille au sens de la Sécurité sociale, ou
- Cotisation famille au sens large.

La cotisation de l'extension conjoint est une cotisation à la tête.

Ces cotisations sont :

- soit prélevées par l'entreprise sur le bulletin de paie du salarié (précompte).

Dans ce cas, l'entreprise est responsable du paiement des cotisations à l'Institution.

En cas de non - paiement, les modalités de l'article 11 ci-dessus s'appliquent.

- soit payées directement par le salarié.

Dans ce cas, les cotisations sont payables d'avance, annuellement par chèque ou, par prélèvement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

L'évolution des taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats des régimes optionnels facultatifs.

Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

L'Institution de Prévoyance se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1^{er} janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique serait constaté.

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

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

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

12-4 Résiliation

Le participant peut demander la résiliation de son adhésion au régime optionnel et à l'extension conjoint non à charge au 31 décembre, sous réserve :

- d'en faire la demande écrite par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre.
- d'avoir cotisé au moins 2 ans à ces régimes.

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

La résiliation du contrat collectif de base obligatoire entraîne automatiquement la résiliation des adhésions aux régimes facultatifs

Article 13 - FAIT GENERATEUR

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

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

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

l'Institution de Prévoyance vous demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

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

Article 14 - INDUS

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

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

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

Article 15 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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

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

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

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

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

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

Article 16 - DETAIL DES PRESTATIONS

16-1 JUSTIFICATIFS

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

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

16-2 CONTRAT D'ACCES AUX SOINS

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins 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 au dispositif du contrat d'accès aux soins, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins).

16-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR

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

16-4 DETAIL

16 A - SOINS MEDICAUX COURANTS

CONSULTATIONS ET VISITES DE MEDECINS GENERALISTES OU SPECIALISTES

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 d'accès aux soins.

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).

16 B – PHARMACIE

Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale sauf disposition différente prévue au tableau des garanties.

16 C - HOSPITALISATION

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

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

FORFAIT JOURNALIER

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.

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.

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la BR moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire et est limitée à un pourcentage du PMSS.**

LIT D'ACCOMPAGNANT

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

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

La prestation est limitée à un pourcentage du PMSS.

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.

16 D - OPTIQUE

Sauf disposition figurant sur le tableau des garanties :

- les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale complétée d'un forfait en euros par équipement (monture et verres).
- les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire.

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de l'affiliation de chacune des personnes assurées ; cette période peut donc être différente entre le participant et chacun de ses ayants droit.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

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 en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

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

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.

- Les verres dits « simples » ou « à simple foyer » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.
- Les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- Les verres dits « super complexes » correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux

ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 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 super complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre super complexe.

LENTILLES

La prestation lentilles est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

16 E 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 la facture des travaux dépasse un montant figurant sur le tableau des garanties. En l'absence de devis préalable envoyé à l'Institution de Prévoyance, le remboursement se fera sur la base du remboursement minimum prévu à l'article D. 911-1 du code de la Sécurité sociale (soit 125% BR- SS). La prise en charge totale ou partielle des dépenses engagées qui en découle sera effective sous réserve de l'accord exprès et préalable de l'Institution de Prévoyance.

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

SOINS DENTAIRES ET INLAYS ONLAYS

Cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires ainsi que ceux relatifs aux inlays-onlays.

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.

La base de remboursement (BR) pour cet intermédiaire de bridge (variable de 1 à 3 dents maximum) et pour **chacun des piliers de bridge est alors de 64.50 €.**

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, qui se fait sur une base de

remboursement reconstituée (on fait comme si il y avait eu une prise en charge de la Sécurité sociale), 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.

La prestation sera calculée sur une base de remboursement reconstituée.

16 F Appareillage

Il s'agit de grand et petit appareillage et par exemple de fauteuils roulants, de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc...

La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité.

APPAREILLAGE AUDITIF

Avant toute pose d'appareil auditif, dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons transmettre à nos services, un devis pour analyse de l'adéquation entre la prestation à réaliser et les frais à engager.

16 G Les prestations élargies

IMPLANTOLOGIE

Si la prestation est prévue au tableau des 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.

Là encore, comme pour tous les travaux dentaires, un devis est obligatoire dès que la facture est supérieure à un montant figurant sur le tableau des garanties.

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

PARODONTOLOGIE, SCELLEMENT DES SILLONS, PATCHS BLANCHISSANTS

Si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale, de scellements de sillons non pris en charge par la Sécurité sociale et de patchs blanchissants 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.

OSTEOPATHE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, 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.

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.

CURE THERMALE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, **elle ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermique (hors hébergement, transport ou complément tarifaire).**

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 thermique se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèveront **exclusivement** de la rubrique hospitalisation.

CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil.

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

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

ALLOCATION MATERNITE

Cette allocation est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Elle est payée aussi en cas d'adoption.

Il convient de nous adresser une copie du livret de famille, un acte de naissance ou un jugement d'adoption plénière.

ACTES DE PREVENTION

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

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

- f) Grippe ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 17 - DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

Article 18 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations d'APICIL PRÉVOYANCE sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

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

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

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 II 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 participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,

- la majoration de la participation supportée par le participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

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

Article 19 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de désintoxication (*sauf les cas prévus au tableau des garanties*),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (*embauche – promotion*) et la date de sortie (*démission, licenciement ou fin de portabilité des droits*) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.

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

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

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

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

PIECES A FOURNIR

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
HOSPITALISATION	Facture originale acquittée + bulletin d'hospitalisation
Hospitalisation en clinique	facture S3404 originale acquittée + factures d'honoraires
Hospitalisation à l'hôpital	avis des sommes à payer + Attestation de paiement originaux et acquittés
Séjour non conventionné	décompte sécurité sociale + factures d'hospitalisation originaux et acquittés
NB : les factures fournies doivent impérativement mentionner les actes, la dépense, la prise en charge sécurité sociale et le reste à charge	
ACTES MEDICAUX COURANTS *	
Analyses, Auxiliaires médicaux	facture originale détaillée et acquittée
Pharmacie, Appareillage (petit ou grand)	facture subrogatoire acquittée
Consultations (généraliste ou spécialiste)	décompte sécurité sociale original ou décompte de votre première Institution de Prévoyance le cas échéant
OPTIQUE *	
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant : décompte Sécurité sociale original + facture acquittée
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Si vous bénéficiez du tiers payant, mais que vous avez réglé la part Institution de Prévoyance : facture originale acquittée + prescription médicale de moins de 3 ans
Monture, verres	Si vous ne bénéficiez pas du tiers-payant : décompte Sécurité sociale original + facture acquittée
DENTAIRE *	
Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale	<u>Soins réalisés par un dentiste</u> : décompte Sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée <u>Soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée
Prothèse dentaire non prise en charge par la sécurité sociale	facture originale détaillée et acquittée
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	<u>Soins réalisés par un dentiste</u> : décompte Sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée <u>Soins réalisés dans un centre dentaire</u> : facture détaillée et acquittée
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	facture originale détaillée et acquittée (précisant la date et numéro du semestre)
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
Ostéopathe, podologue, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue	facture originale acquittée avec le cachet du praticien ainsi que le N° ADELI ou RPPS précisant la date et le bénéficiaire des soins
Acupuncteur, étioathe, vaccins	facture originale acquittée avec le cachet du praticien précisant la date et le bénéficiaire des soins
* : les décomptes sécurité sociale doivent nous être adressés uniquement si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission Noémie	

NB : Veuillez 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.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 PRESCRIPTION

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution de Prévoyance à l'entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Institution de Prévoyance, 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 demande en justice, même en référé, de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article 21 - CONTROLES

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

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

Article 22 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

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

Article 23 - CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

L'Institution de Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Article 24 - FAUSSE DECLARATION

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

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

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

En cas de fausse déclaration, l'Institution de Prévoyance n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Article 25 - RECLAMATIONS - MEDIATION

25-1 Réclamations

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

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

25-2 Médiateur

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

Les conditions d'accès à ce médiateur sont alors communiquées sur simple demande à l'adresse suivante :

**Médiateur du CTIP
10, rue Cambacérès
75008 PARIS**

De même, le médiateur du CTIP est accessible à l'adresse suivante : mediateur@ctip.asso.fr

Article 26 - 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 APICIL PRÉVOYANCE 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 l'Institution de Prévoyance.