MICILS FM PHARMA
Notice d'information

(au sens de l'article L. 221-6 du code de la mutualité) (NI FM Pharma 01-18)

La notice d'information (NI - FM Pharma 01-18) 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. 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 de MICILS 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 - MEMBRES PARTICIPANTS 3
Article 2 - AYANTS DROIT 3
Article 3 - CONDITIONS D'AFFILIATION 3
Article 4 - OUVERTURE DES GARANTIES 3
Article 5 - CESSATION DES GARANTIES 4
Article 6 - SUSPENSION DES GARANTIES 4
Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES 4
Article 8 - PORTABILITÉ DES DROITS 4
8-1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L'AFFILIATION 4
8-2 EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION 5
8-3 OBLIGATIONS DÉCLARATIVES 5
8-4 GARANTIES 5
Article 9 - TERRITORIALITÉ 5

TITRE 2 : COTISATIONS 5

Article 10 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS 5
Article 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 6

TITRE 3 : PRESTATIONS 6

Article 12 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS 6
12-1 SURCOMPLÉMENTAIRE 6
12-2 EXTENSION FAMILLE 7
Article 13 – FAIT GÉNÉRATEUR 7
Article 14 - INDUS 8
Article 15 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS 8

38, rue François Peissel
69646 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Article 16 - DÉTAIL DES PRESTATIONS 8
16-1 JUSTIFICATIFS 8
16-2 DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE 8
16-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODÉRATEUR 8
16-4 DÉTAIL 8
16 A - SOINS MÉDICAUX COURANTS 8
Article 17 - DÉLAI ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS 11
Article 18 - CONTRAT RESPONSABLE 13
Article 19 - EXCLUSIONS 13

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES 13

Article 20 - PRESCRIPTION 13
Article 21 - CONTRÔLES 14
Article 22 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE 14
Article 23 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE 14
Article 24 - FAUSSE DÉCLARATION 14
Article 25 - RÉCLAMATIONS MÉDIATION 14
Article 26 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS 14

38, rue François Peissel
69646 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer aux salariés ainsi qu'éventuellement à leur famille, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale conformément à l'avenant du 20 mars 2017 modifiant l'annexe IV de la Convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 - MEMBRES PARTICIPANTS

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 « membres participants ».
Il s'agit d'une adhésion collective à caractère obligatoire.

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 la demande individuelle d'affiliation, peuvent être :

- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du membre participant, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et de n'exercer aucune activité professionnelle rémunérée ;
- les enfants de moins de 18 ans à charge au sens fiscal et qui n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, conformément aux dispositions de l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale ;
- les enfants de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou de justifier de la poursuite d'études ;
- les enfants de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;
- sans limite d'âge, les enfants titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalide ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
- les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du membre participant, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.
- les ascendants du membre 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 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 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 membre participant s'applique également aux ayants droit de celui-ci.

Article 3 - CONDITIONS D'AFFILIATION

Le contrat souscrit entre MICILS et l'entreprise adhérente prévoit 2 modes de cotisation pour le membre participant de type « forfait familial » :

- L'un correspondant à la couverture du membre participant et de l'ensemble de sa famille (conjoint à charge SS et enfants à charge au sens de l'accord de branche).
- L'autre correspondant à la couverture du membre participant et de l'ensemble de sa famille (conjoint à charge ou non à charge et enfants à charge au sens de l'accord de branche).

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 (cette cessation des garanties vaut tant pour le régime de base, le renfort, l'extension famille que la surcomplémentaire).
- 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 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.

En plus des cas listés ci-dessus, il existe un cas propre à la surcomplémentaire :

- à la date d'effet de la modification du contrat collectif obligatoire, si celle-ci ne laisse aucun niveau éligible en surcomplémentaire ou si celle-ci est jugée suffisante par l'assuré.

La cessation des garanties s'entend du contrat collectif socle, mais aussi du renfort, de la surcomplémentaire et de l'extension famille.

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 que MICILS en soit informée dans un délai de 10 jours suivant la reprise. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par la Mutuelle de la déclaration faite par votre entreprise.

- et enfin, en cas de refus de se soumettre à un contrôle.
La suspension des garanties s'appliquera sur le contrat collectif socle, mais aussi sur la surcomplémentaire et l'extension famille.

Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

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

1 - En effet, les anciens salariés en état d'incapacité de travail ou d'invalidité, les retraités, les chômeurs indemnisés et les ayants droit d'un 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 nouveau contrat, soumis à la signature d'un bulletin d'adhésion individuel pour le membre 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 membre participant seul, sauf lorsqu'il s'agit de couvrir les ayants droit d'un membre 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).

En bénéficient également les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique pendant la durée du congé sous réserve d'en faire la demande dans les 30 jours précédant la date de début du congé ou de son renouvellement.

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.

Article 8 - PORTABILITÉ 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 membre 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.

La Mutuelle 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 membre participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

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

L'affiliation du membre 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 membre 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 DÉCLARATIVES

Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, le membre participant s'engage à fournir à la Mutuelle :

- 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 membre 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 membre participant.

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

Article 9 - TERRITORIALITÉ

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 membre participant figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, le membre participant doit informer la Mutuelle 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 cotisations sont en principe exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, sauf dispositions contraires mentionnées dans le contrat souscrit par votre entreprise.

Les cotisations dues par l'employeur et éventuellement par le membre participant sont versées par l'employeur auprès de la Mutuelle.

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

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

Article 11 - DÉFAUT 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 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.

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 12 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS

12-1 SURCOMPLÉMENTAIRE

12-1-1 Principe

La surcomplémentaire MICILS Santé PHARMA + peut être éligible en fonction du niveau des garanties souscrites par l'entreprise dans le cadre du contrat collectif obligatoire socle.

Si tel est le cas :

- Lorsque le membre participant souscrit la surcomplémentaire, il doit également couvrir **tous les membres de sa famille assurés** par le contrat collectif MICILS Santé PHARMA + (y compris lorsque son conjoint non à charge au sens de la SS est couverte via l'option Extension Famille – **voir 12-2**).
- Les garanties et les prestations du régime sur-complémentaire se font en différentiel des garanties de base.

Attention, il n'est pas possible au membre participant d'adhérer ou d'augmenter le niveau de ses garanties surcomplémentaires, 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, la surcomplémentaire sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible pour le membre 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, au plus tôt, le 1er jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par MICILS ou à la date d'effet demandée si postérieure.

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

12-1-2 Modification

a- À la demande du membre participant

Le changement de niveau de garanties est possible au 1er janvier de l'année suivante sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite au paragraphe **12-1-4**).

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

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

La modification du régime collectif obligatoire entraînera la clôture de l'adhésion à la surcomplémentaire.

Néanmoins, le membre 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 socle).

12-1-3 Cotisations

- Le mode de cotisation proposé est un mode de cotisation sous forme de Prime Unique Familiale Forfaitaire
- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.
- Elles sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

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

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

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, MICILS met en demeure le membre participant, par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le membre 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 surcomplémentaire.

12-1-4 Résiliation

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion à la surcomplémentaire 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 la surcomplémentaire.

La résiliation du fait du membre participant ne peut se faire qu'une seule fois durant la période d'adhésion au contrat MICILS Santé PHARMA+

Le membre participant ne pourra plus revenir à cette surcomplémentaire sauf exceptions listées ci-après :
• Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
• Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
• Changement de la situation d'un enfant ne justifiant plus sa prise en charge,
• Naissance / Adoption.

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

La résiliation du contrat collectif socle entraine automatiquement la résiliation des adhésions à la surcomplémentaire.

12-2 EXTENSION FAMILLE

12-2-1 Principe

L'extension famille permet au salarié couvert dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire – en cotisation « Famille au SS » - exclusivement - **de couvrir son conjoint non à charge au sens de la SS** sur des garanties identiques aux siennes.

Attention, il n'est pas possible au membre participant de prendre l'extension famille, en période de préavis ou 3 mois avant la rupture de son contrat de travail lorsque celle-ci se traduira par une rupture conventionnelle ou une fin de contrat à durée déterminée.
Si tel devait être le cas, l'extension famille sera alors annulée depuis l'origine.

De même, il n'est pas possible pour le membre participant de prendre cette extension famille lorsque :

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

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

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

12-2-2 Choix des garanties

Les garanties souscrites dans le cadre de l'extension famille sont strictement identiques à celles du salarié.

12-2-3 Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation sous forme de Prime Unique Ayants Droit.
L'assuré couvert par la Prime Unique Ayant Droit est le conjoint non à charge.

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.
- L'évolution du taux de cotisation tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat MICILS Santé PHARMA+
Elle tient également compte de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. MICILS se réserve le droit de réviser à la hausse le tarif au 1er janvier, dans l'hypothèse où un déséquilibre technique du régime serait constaté.

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

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, MICILS met en demeure le membre participant, par lettre recommandée avec accusé de réception, de régler la cotisation impayée.

Dans la mise en demeure, le membre 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 surcomplémentaire.

12-2-4 Résiliation

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion 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 l'extension famille.

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

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

• Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
• Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1er jour du mois qui suit la demande du membre participant, accompagnée des pièces justificatives.

La résiliation des garanties ou du contrat collectif socle entraine automatiquement la résiliation des adhésions à l'extension famille.

Article 13 – FAIT GÉNÉRATEUR

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)*, 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.

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 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.

Il en ira de même si l'affiliation à la sur-complémentaire devait être annulée depuis l'origine.

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 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 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 - DÉTAIL DES PRESTATIONS

16-1 JUSTIFICATIFS

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

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

16-2 DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE

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).**

16-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODÉRATEUR

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 DÉTAIL

16 A - SOINS MÉDICAUX COURANTS

CONSULTATIONS ET VISITES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES OU SPÉCIALISTES :
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 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).

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

CHAMBRE PARTICULIÈRE
La prestation s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

LIT D'ACCOMPAGNEMENT
La prestation s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

L'accompagné doit remplir deux conditions cumulatives :

- être obligatoirement un ayant droit au sens du présent contrat,
- et être un enfant de moins de 18 ans.

16 D – OPTIQUE

Devis obligatoire

Lors de chaque renouvèlement d'équipement, **un devis est obligatoire pour qu'il y ait un remboursement sur la base des forfaits proposés. En l'absence de devis, les remboursements se feront sur la base des forfaits minimums prévus à l'article D. 911-1 du code de la Sécurité sociale (100€, 150€ ou 200€ suivant le cas).**

Les opticiens 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 de MICILS.

Le membre participant qui se rend chez un opticien ne pratiquant pas le tiers payant devra impérativement transmettre préalablement un devis papier à MICILS pour que le remboursement puisse être fait le cas échéant.
Sauf disposition figurant sur le tableau des garanties :

- les prestations de ce poste s'expriment en forfait euros par verre avec un maximum de deux verres et d'un forfait pour une monture.

- 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 la date d'acquisition de l'équipement optique ; cette période peut donc être différente entre le membre 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 règlementaires (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 la Mutuelle.

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.

Particularités des opticiens partenaires d'ACTIL

Le professionnel de santé s'engage à pratiquer sous conditions et délais fixés dans la convention qui lie ACTIL à son réseau d'opticiens, un service après vente portant sur les services suivants :

- le remplacement gratuit à l'identique de tout ou partie d'une monture cassée
- le remplacement à l'identique des verres cassés
- le remplacement en cas de mauvaise adaptation des verres progressifs par une autre paire de verres muti-focaux ou par deux paires de verres unifocaux.

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.

Pour les lentilles prises en charge, en cas de consommation totale du forfait, le remboursement se fera à hauteur du ticket modérateur.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE DE L'ŒIL
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.

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 la Mutuelle, 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 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.

SOINS DENTAIRES ET INLAYS ONLAYS Cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires ainsi que ceux relatifs aux inlays-onlays.

PARODONTIE
Si la prestation est prévue au tableau des garanties, des prestations de parodontie non prises 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.

PROTHÈSES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ 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 SÉCURITÉ 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 (1er, 2ème, 3ème ou 4ème) 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.

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.

16 F APPAREILLAGE

GRAND APPAREILLAGE
Il s'agit par exemple de fauteuils roulants, etc…
La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

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

APPAREILLAGE AUDITIF
Avant toute pose d'appareil auditif, l'envoi d'un devis est obligatoire à la Mutuelle pour qu'il y ait un remboursement.
En l'absence de devis préalable envoyé à la Mutuelle, le remboursement sera limité au ticket modérateur.

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un **forfait annuel en euros.**
En cas de consommation totale du forfait annuel, le remboursement se fera à hauteur du % de la BR indiqué au tableau des garanties (moins le remboursement de la Sécurité sociale).

16 G PRÉVENTION

ACTES DE PRÉVENTION
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.

16 H MATERNITÉ - CONTRACEPTION

ALLOCATION MATERNITÉ
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.

16 I PACKS ALLOCATIONS

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

PROTHÈSES CAPILLAIRES
Si la prestation est prévue au tableau des garanties, cette prestation porte exclusivement sur un complément de prothèses capillaires.

En cas de consommation totale du forfait, le remboursement se fera à hauteur du ticket modérateur.

COMPLÉMENT ÉQUIPEMENTS POST CANCER
Si la prestation est prévue au tableau des garanties, sitôt les séances de rayon ou de chimiothérapie prescrites, l'assuré 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.

Article 17 - DÉLAI ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle 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.

PIÈCES À FOURNIR

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À 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 MÉDICAUX 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 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 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	Soins réalisés par un dentiste : décompte Sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée Soins réalisés dans un centre dentaire : 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	Soins réalisés par un dentiste : décompte Sécurité sociale original + facture originale détaillée et acquittée Soins réalisés dans un centre dentaire : 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, chiropracteur	facture originale acquittée avec le cachet du praticien ainsi que le N° ADELI ou RPPS précisant la date et le bénéficiaire des soins
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 : 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 18 - CONTRAT RESPONSABLE

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 ».

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 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 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 membre 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 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 sa prévaloir de ces exclusions.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 - PRESCRIPTION

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'entreprise adhérente 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 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 - CONTRÔLES

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 22 - 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, à un ayant droit ou à un professionnel de santé.

Article 23 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

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

Article 24 - FAUSSE DÉCLARATION

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.

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

Article 25 - RÉCLAMATIONS MÉDIATION

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

Adresse du médiateur de la Mutuelle :

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

Adresse mail du médiateur de la Mutuelle : mediation@mutualite.fr

Si un désaccord persistait, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

Article 26 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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.