



Notice d'Information



PRO
Evolution

CONTRAT COLLECTIF VALANT NOTICE D'INFORMATION (CG-PRO Evolution 11-06)

PRO Evolution

Contrat Collectif d'Assurance n° A-015 (convention n° 02-015)

souscrit le 01/11/2006 par :

APICIL UPESE Association, association Loi de 1901, sise 38 rue François Peissel 69300 Caluire

auprès de :

APICIL ASSURANCES, société anonyme à directoire et à Conseil de surveillance au capital de 20000000 euros, numéro 440 839 942 RCS Lyon, régie par le code des assurances et ayant son siège social 38 rue François Peissel 69300 Caluire

PREAMBULE

Qui intervient dans le contrat ?

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

L'Assureur : APICIL ASSURANCES.

L'Adhérent : personne physique ou morale, membre d'APICIL UPESE ASSOCIATION, domiciliée en France métropolitaine, qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

L'Assuré : personne physique et ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français, dont l'âge à l'adhésion est inférieur ou égal à 59 ans pour l'ensemble des niveaux.

Peuvent avoir la qualité d'Assuré :

- l'Adhérent, également appelé l'Assuré principal,
- le conjoint de l'assuré, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- à défaut de conjoint, le concubin de l'assuré à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,

- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui l'assuré a conclu un PACS à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,

- les enfants célibataires de l'assuré à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés, de moins de 21 ans (chômeurs immatriculés personnellement à la Sécurité Sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription à l'ANPE à la date des soins et d'une attestation ASSEDI (de non indemnisation), ou jusqu'à la veille de leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures (ils sont garantis, à compter de la date de rentrée scolaire jusqu'au 31 décembre de l'année suivante, sous réserve de production d'un certificat de scolarité d'études supérieures), 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 inférieure à 55 % du SMIC,

- les enfants infirmes majeurs de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),
- les ascendants de l'assuré à charge fiscale ou au sens de la législation de la Sécurité Sociale,
- les autres personnes à charge de l'assuré reconnues comme ayants droit de celui-ci par la Sécurité Sociale.

L'assuré sera tenu de déclarer à l'Assureur, dans le mois qui suit l'événement, toute naissance ou tout décès d'un ayant droit dans la mesure où cet événement a un impact ou sur le montant de la cotisation brute ou sur le montant du crédit d'impôt. Il en va de même si l'assuré ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France métropolitaine ou un département d'outre-mer.

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

Qu'entendons-nous par ?

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

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

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

Certificat d'adhésion : document, en deux exemplaires, signé par l'Assureur, remis à l'Adhérent et précisant les dispositions particulières de l'adhésion. Les garanties ne sont acquises qu'à réception par l'Assureur d'un exemplaire signé par l'Adhérent.

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

Age de l'Assuré : l'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des cotisations est l'âge atteint à la date d'exigibilité du paiement des cotisations.

Délai d'attente : période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de ce délai est la date d'effet de l'adhésion figurant sur le Certificat d'adhésion.

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

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

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

Régime obligatoire : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié l'Assuré.

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

Article 1 : OBJET DU CONTRAT

PRO Evolution est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur.

Il a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux exposés par ou pour les Assurés dans la limite des garanties et des niveaux choisis, indiqués sur le Certificat d'adhésion.

Article 2 : MODIFICATION DU CONTRAT

PRO Evolution peut faire l'objet de modifications par accord entre l'Assureur et le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur informe les Adhérents de ces modifications. Si l'Adhérent n'accepte pas ces modifications, il peut dénoncer son contrat dans le mois suivant la notification des modifications.

Le paiement de la première cotisation exigible à compter de la date de mise en application des modifications vaut acceptation de celles-ci.

Article 3 : BASES JURIDIQUES

Le contrat est régi par le Code des Assurances. Les déclarations du Souscripteur, de l'Adhérent et de l'Assuré servent de base au présent contrat d'assurance.

Conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, entraîne la nullité des garanties.

Article 4 : DEFINITIONS DES GARANTIES

L'Adhérent a le choix entre cinq niveaux de garanties : PRIMO, ECO, OPTI, SUPRA et TOP.

Les prestations garanties de ces différents niveaux sont définies dans l'annexe « Tableau des garanties ».

La formule choisie est notifiée sur le Certificat d'adhésion. Tous les Assurés d'un contrat bénéficient du même niveau de garanties que celui choisi par l'Adhérent.

Article 4-1 : Garanties de dépenses médicales

Le contrat garantit le remboursement des dépenses médicales consécutives à un accident ou une maladie, en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire de l'Assuré suivant le niveau de garanties choisi dans la limite des frais exposés. Le contrat prévoit également des prestations forfaitaires concernant des dépenses non prises en charge par le régime obligatoire.

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

Certains remboursements sont plafonnés conformément au tableau des garanties.

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

Article 4-2 : Délai d'attente

Le délai d'attente applicable aux Assurés, décompté à partir de la date d'effet du contrat (ou de la date de changement de niveau de garantie), est de neuf mois pour le poste maternité (chambre particulière, amniocentèse et allocation naissance) et pour l'orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale.

Les autres risques sont pris en charge à la date d'effet du contrat, sans délai d'attente.

Le délai d'attente peut être supprimé pour les Assurés qui peuvent justifier du bénéfice de garanties au moins équivalentes, antérieures à la date d'adhésion, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption de garantie supérieure à deux mois. L'Assuré doit fournir le certificat de radiation et la notice de garanties de l'organisme fournisseur.

Article 4-3 : Durée des garanties

Les garanties sont viagères dès l'adhésion.

Toutefois, l'Assuré peut être exclu pour fausse déclaration à l'adhésion ou non paiement de la cotisation.

Sanctions en cas de fausse déclaration :

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par la nullité du contrat.

Les primes payées restent alors acquises à l'Assureur.

Article 4-4 : Modularité des niveaux des garanties

1- A l'adhésion

L'assuré peut moduler, lors de l'adhésion, un poste de garanties. Cette modularité se traduit par :

- la possibilité de renforcer le poste « Optique-Dentaire » parmi les 4 postes proposés. Ce renfort ne peut s'effectuer que sur le niveau directement supérieur.
- la possibilité de supprimer totalement le poste « Prestations élargies ».

2- En cours d'adhésion

Il est possible de modifier les garanties en cours d'adhésion

Cette modification prend effet au 1^{er} janvier du contrat sous réserve :

- que la demande soit faite au moins deux mois avant cette date,
- que l'Assuré paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties.
- que l'Assureur accepte la modification,

Toute modification de niveau de garanties donne lieu à l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion.

Il est possible de changer de garantie :

- en augmentant la garantie de un niveau ou en réduisant la garantie de un ou plusieurs niveaux (a).
- en augmentant la garantie de deux ou trois niveaux (b).

a) Dans le premier cas (modification de la garantie de un niveau seulement ; en passant par exemple de Eco à Opti) : aucun changement significatif : si un délai d'attente était déjà applicable pour le niveau antérieur, celui-ci continuera à s'appliquer pour le délai qui reste à courir et pour les plafonds en dentaire, il y a maintien de l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

Il convient de préciser la possibilité suivante : augmentation de la garantie de un niveau et souscription simultanée du renfort « optique-dentaire ».

- 1^{er} cas : le renfort était souscrit. Il y a application du délai d'attente de 9 mois pour l'orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale et l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.
- 2^e cas : le renfort n'était pas souscrit. Il y a application du délai d'attente de 9 mois pour l'orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale et l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.

b) En cas d'augmentation de garantie de plus de un niveau, les conséquences sont les suivantes :

- Les délais d'attente, lorsqu'ils existent, sont réinitialisés.
- Les plafonds en prothèses dentaires : l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.

Il en ira du même pour l'augmentation du renfort « optique-dentaire »

(application du délai d'attente de 9 mois sur l'orthodontie et application du plafond des prothèses dentaires de la première année du nouveau renfort).

Attention :

- **Hormis lors de l'adhésion, il est impossible ensuite de supprimer le poste « Prestations élargies ».**
- **En cas de suppression du renfort, il sera ensuite impossible de le re-souscrire ultérieurement.**
- **En cas de réduction de garantie, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur.**

Article 4-5 : Option budget

Il s'agit d'une option qui permet de bénéficier d'une réduction tarifaire. Elle ne s'applique que sur trois des cinq niveaux : OPTI, SUPRA et TOP. Il n'y a pas de renfort possible pour l'option budget.

Cette option budget engendre trois types de conséquences :

1- un service limité

Le tiers payant est limité à l'hospitalisation.

2- une gestion du risque renforcée

Les devis sur l'optique et le dentaire deviennent obligatoires pour bénéficier d'une prise en charge. Pour l'optique, l'obligation de devis concerne les verres, la monture ainsi que la chirurgie de la myopie et pour le dentaire, tous les actes sauf les soins.

3- une mise en place de franchises

Un mécanisme de franchise globale sera appliqué sur l'ensemble des remboursements à l'exception des postes suivants : frais de séjours d'hospitalisation conventionnés, honoraires d'hospitalisation, consultations et visites de médecins (généralistes ou spécialistes) dans le cadre du parcours de soins et enfin pharmacie, analyses et biologie prescrites dans le cadre du parcours de soins.

L'assiette de cette franchise sera les remboursements potentiels : ce qu'aurait remboursé Apicil Assurances en l'absence de franchise.

Cette franchise s'entend par année d'adhésion (de date à date) et par individu.

A titre d'exemple, le poste Optique prévoit une limitation du remboursement à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire adulte. Dans le cadre de l'option Budget, la limitation reste active : si une première paire de lunettes a d'ores et déjà alimenté la franchise, l'achat d'une deuxième paire de lunettes pour un même bénéficiaire ne pourra donner lieu à remboursement, même après épuisement de la franchise.

Article 4-6 : Fonctionnement des garanties

L'Assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Quelques précisions sur les garanties prévues dans le contrat :

1- L'HOSPITALISATION

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.

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire, sans limitation du nombre de jours, excepté pour les séjours en maison de repos et psychiatrie limités à 30 jours. Elle inclut la chambre particulière demandée lors d'une maternité.

LIT D'ACCOMPAGNANT

La prestation est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire, avec un maximum de 15 jours par an.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport médicalisé.

2- LES FRAIS MEDICAUX COURANTS

Pour les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins (cf. l'article 5 sur les exclusions).

3- L'OPTIQUE ET LE DENTAIRE

OPTIQUE

La prestation optique (de monture et de verres) est un forfait par an et par bénéficiaire.

Les prestations "monture" et "verres adultes" sont limitées à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire.

Pour les bénéficiaires de moins de 18 ans, les prestations "monture" et "verres enfants" sont limitées à deux paires de lunettes par an.

Sous réserve d'acceptation par APICIL Santé Conseil, un deuxième remboursement de paire de lunettes pour adulte reste possible au cours de la même année, et quel que soit l'âge du bénéficiaire, dans le cas d'une évolution de la vue nécessitant un changement de lunettes et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande de remboursement.

1. si application du système Noémie

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

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

2. si pas d'application de Noémie

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

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

La prestation lentilles est un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité Sociale ou les lentilles jetables.

3. Bonus fidélité

Le forfait annuel par bénéficiaire correspondant à la monture sera majoré de 20 %, en cas de non consommation de prestations Optique (verres et/ou monture) au cours des deux années d'adhésion précédant cette majoration.

DENTAIRE

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement à nos services, un devis.

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

Inlay onlay

La prestation inlay onlay est un forfait annuel qui s'apprécie par bénéficiaire.

Prothèses dentaires

La prestation prothèses dentaires prise en charge par la Sécurité Sociale est exprimée en un pourcentage de la base de remboursement dans la limite d'un montant annuel en euros (ces montants peuvent être amenés à changer en fonction du nombre d'années dans le contrat).

Le plafond est alloué en fonction du niveau choisi et s'apprécie par an et par bénéficiaire.

La prestation prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale est un forfait annuel qui s'apprécie par bénéficiaire.

La rubrique "Prothèse" (prise en charge ou non) englobe les remboursements de inlays-core.

Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale

La prestation orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale, est un forfait qui s'apprécie par semestre et par bénéficiaire. Il est convenu qu'une année de contention est assimilée à un semestre de traitement (dit semestre actif).

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

4- LES PRESTATIONS ELARGIES

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

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

MATERNITE / ADOPTION

Si la prestation maternité est prévue au tableau de garanties trois prestations peuvent être prises en charge.

La prestation amniocentèse non remboursée par la Sécurité Sociale est un forfait exprimé en euros par an et par bénéficiaire.

La prestation allocation maternité est une allocation dont le versement est exclusif de tout autre remboursement de frais, sauf si l'accouchement a lieu par césarienne.

Cette allocation est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Il convient d'adresser à l'Assureur une copie du livret de famille ou un acte de naissance.

La prestation adoption. Pour pouvoir ouvrir droit au règlement d'une indemnité forfaitaire, il doit s'agir d'une adoption plénière, par l'Assuré, d'un enfant de moins de 5 ans, pendant la période de garantie.

Il convient de fournir un extrait du jugement d'adoption plénière (ou du jugement d'adoption simple en vue d'adoption plénière).

DENTAIRE

La prestation orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale, lorsqu'elle est prévue dans le tableau des garanties, est un forfait annuel qui s'apprécie par semestre et par bénéficiaire. Il est convenu qu'une année de contention est assimilée à un semestre de traitement (dit semestre actif).

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

IMPLANTOLOGIE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle concerne exclusivement l'implant. Les frais annexes (frais chirurgicaux, prothèses dentaires, faux moignons) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

SEANCES

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.

Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un chiropracteur, d'un étiope, d'un diététicien, d'un psychologue, d'un pédicure ou d'un podologue.

La prestation est un forfait par séance avec un plafond annuel en euros.

PHARMACIE PRESCRITE ET NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE

Le forfait s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Il convient que le bénéficiaire nous adresse l'ordonnance sur laquelle figure la prescription ainsi que la facture acquittée.

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, le forfait s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Ces vaccins sont les vaccins du voyageur (prescrits par un médecin dans le cadre d'un voyage à l'étranger) et le vaccin anti grippe à l'exclusion de tout autre vaccin qui pourrait être couvert par les prestations liées à la prévention.

CURE THERMALE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, le forfait s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.

En cas d'interruption de la cure du fait de l'assuré 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, le forfait cure thermale ne sera pas versé. Les prestations relèveront de la rubrique hospitalisation.

CHIRURGIE DE LA MYOPIE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, le forfait s'exprime en euros par œil, par an et par bénéficiaire.

PREVENTION

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

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

Article 4-7 : Etendue géographique

Les garanties du présent contrat s'exercent en France métropolitaine. Elles s'étendent aux accidents survenus et aux maladies soignées ou traitées à l'étranger, lorsque le Régime Obligatoire d'Assurance maladie du bénéficiaire s'applique et si elles ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité Sociale, mais le règlement est effectué en France et en Euros.

Article 4-8 : Fait générateur

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

- ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.
- en cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que l'Assuré est 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 de son départ de l'hôpital), l'Assureur lui 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 4-9 : Indu

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.

Ces sommes peuvent être directement perçues par le bénéficiaire ou payées pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

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

Article 5 : EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

a) Exclusions

Sont exclus des garanties :

- les événements, les suites et conséquences de guerres civiles ou étrangères,
- les frais engagés en dehors de la période de garantie.
- les prothèses dentaires provisoires,

- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité Sociale,
 - les soins ou travaux non remboursés par le Régime de base, sauf ceux prévus dans les garanties,
 - les soins esthétiques, les cures de sommeil, d'amaigrissement, ou de désintoxication, non pris en charge par la Sécurité Sociale.
 - la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale (un euro au 1^{er} janvier 2006),
 - la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
 - la part de majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
 - la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels l'assuré ou le bénéficiaire n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel et/ou à le compléter, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable.
- De plus, dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :
- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier, ainsi que toutes dépenses à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux, etc...
 - La maternité (sauf en cas de césarienne).

b) Limitations

- La durée d'hospitalisation indemnisée en établissement psychiatrique ou assimilé est limitée à 30 jours par an, tout séjour cumulé pour un même Bénéficiaire.
- La garantie optique est limitée à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire adulte et à deux paires par an et par bénéficiaire de moins de 18 ans.

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », ou s'il existe un forfait par année, il faut entendre cette expression par année d'adhésion (de date à date). Cette règle est indépendante du paiement des cotisations qui s'entend, elle, par année civile.

Article 6 : ADMISSION DE L'ADHESION

a) Conditions d'admission

L'assuré principal doit être âgé au minimum de dix-huit ans.

Toute personne proposée à l'assurance, que ce soit en tant qu'adhérent ou conjoint (ou assimilé), doit, lors de l'adhésion, être âgée au maximum de 59 ans inclus.

Lors de l'adhésion la personne proposée en tant qu'Assuré principal à l'assurance doit remplir et signer une Demande d'adhésion.

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

b) Condition propre aux travailleurs non salariés

Lorsque l'Assuré ou son conjoint relève du régime général des travailleurs non salariés, il devra produire, lors de l'adhésion, puis à chaque date anniversaire du contrat, des attestations émanant de ses régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse confirmant qu'il est à jour de ses cotisations.

c) Date d'effet – renouvellement de l'adhésion :

L'adhésion prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de réception de la Demande d'adhésion par l'Assureur.

Cependant, les garanties ne sont acquises qu'après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

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

Article 7 : RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin :

- en cas de résiliation par l'Adhérent, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.
- en cas de non paiement de la cotisation.

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

- dès que l'Adhérent cesse d'appartenir aux personnes assurables
- à la date d'effet de l'attribution de la CMU-C pour les bénéficiaires du crédit d'impôt.

Les assurés autres que l'Assuré principal cessent de pouvoir bénéficier de l'adhésion dès qu'ils cessent de remplir les conditions pour être assurables.

L'Adhérent s'engage à restituer immédiatement à l'Assureur la carte de tiers payant « ACTIL » de tout assuré en disposant qui cesse de pouvoir bénéficier de l'adhésion.

Une résiliation du contrat en cours d'année est possible uniquement dans le cas d'une souscription simultanée d'un autre contrat individuel de la gamme santé d'Apicil et ayant les mêmes niveaux de base que le présent contrat. Dans ce cas, si la souscription nouvelle se fait sur le même nom de niveau, il n'y aura pas d'application de délai d'attente et l'assuré gardera l'antériorité du plafond des prothèses prises en charge par la Sécurité

Sociale (dans le cas contraire il sera fait application du point b de l'article relatif à la modularité).

Article 8 : COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent : annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le prélèvement automatique est obligatoire si l'Adhérent opte pour un paiement mensuel. Les cotisations sont calculées en tenant compte de l'âge de l'Assuré à la date d'exigibilité du paiement de la cotisation, du niveau des garanties souscrites, du département de résidence et du tarif en vigueur à cette date. Le tarif peut évoluer annuellement en fonction des résultats techniques du contrat et de l'évolution de la consommation médicale de la population assurable.

De plus, les cotisations peuvent être réactualisées, en cas de modification de la législation ou de la réglementation relative au régime de l'assurance maladie, notamment si cette modification entraîne une augmentation des prestations contractuelles. Dans ce cas, l'Adhérent a la possibilité dans un délai d'un mois, de refuser cette majoration et de demander la résiliation de son adhésion.

En cas de crédit d'impôt, celui dont bénéficie l'assuré ainsi que ses ayants droit sera déduit du montant des cotisations sur présentation de l'original de l'attestation remise par la CPAM. En cas de modification du foyer en cours de contrat (par exemple : naissance d'un enfant, décès de l'assuré ou d'un ayant droit, etc...) le montant de la déduction s'en trouvera modifié à compter de l'événement qui y donne naissance, sur présentation des justificatifs.

Attention : il ne sera pas possible de cumuler le bénéfice de la déductibilité des cotisations dans le cadre de la loi Madelin et le crédit d'impôt.

Les Créateurs d'entreprise : est assimilée à une création d'entreprise, la première inscription au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou la première installation en tant que profession libérale.

Les créateurs d'entreprise bénéficient pendant 2 ans d'une réduction exceptionnelle de 25 % de la cotisation.

Article 9 : CHANGEMENT DE DOMICILE

Pour tout changement de domicile, en France ou hors de France, l'Adhérent devra, par lettre recommandée avec accusé de réception, informer l'Assureur de son changement d'adresse pour y recevoir toutes communications. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Article 10 : REGLEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

a) Modalités de remboursement :

Les garanties sont complémentaires à celles du Régime Obligatoire et ne peuvent être réglées qu'après ce remboursement initial, à l'exception des actes refusés ou des soins non pris en charge par le Régime Obligatoire, prévus dans le tableau des garanties.

Si des prestations de même nature sont payées par d'autres organismes, il en est tenu compte pour l'application des limites définies au contrat.

b) Documents à fournir :

Sauf demande expresse contraire de la part de l'Adhérent, les feuilles de soins courants sont transmises, à l'Assureur, informatiquement par la Sécurité Sociale, par le système NOEMIE.

Pour les Adhérents ne bénéficiant pas de NOEMIE, seuls les originaux de la Sécurité Sociale ou d'un autre régime général ainsi que ceux émis par un régime complémentaire sont admis.

A défaut de justification des dépenses réelles, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif de Convention de la Sécurité Sociale ou sur la Base de Remboursement à compter de sa mise en place par le régime obligatoire.

c) Contrôle des dépenses

L'Assureur peut demander à l'Assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

Article 11 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant de l'adhésion à ce contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :

- à l'Assureur, adressée par l'Adhérent, en ce qui concerne le règlement des prestations.
- à l'Adhérent, par l'Assureur, en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 12 : RECLAMATIONS – MEDIATION - AUTORITE DE CONTROLE

Les éventuelles réclamations sont à adresser à l'Assureur à l'adresse suivante :

Groupe APICIL
Qualité Clients
BP 238
38, rue François Peissel
69648 CALUIRE CEDEX

Si le désaccord persiste, l'Adhérent peut demander l'avis d'un médiateur dans les conditions qui lui seront communiquées sur simple demande.

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) est située au 61 rue Taitbout 75009 Paris (Tel : 01-55-50-41-00).

Article 13 : EFFET - DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT COLLECTIF

Le présent contrat prend effet au 01/11/2006. Il est souscrit pour une période se terminant le 31/12/2007. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par le Souscripteur ou par l'Assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant préavis de 2 mois.

En cas de dénonciation du contrat collectif, les adhésions en cours sont maintenues, sauf opposition de l'Adhérent. Les cotisations correspondantes sont dues à l'Assureur.

Le Souscripteur s'engage à informer dans les plus brefs délais chaque adhérent de la renonciation du contrat collectif et des conséquences de celle-ci sur son adhésion.

Le présent document est complété par :

- une annexe « Tableau des garanties »
- et une annexe « Tableau des cotisations ».

Article 14 : DEMARCHAGE A DOMICILE

Lorsque l'adhérent personne physique a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail les dispositions suivantes du code de la consommation s'appliquent :

Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont l'exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les

conditions d'exercice de cette faculté, et de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L.121-25 et L. 121-26.

Article L.121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L. 121-25

Dans les sept jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L. 121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation. Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

