

GROUPE CARREFOUR FRANCE

et les sociétés adhérentes à l'Accord collectif du groupe
signé le 30 juin 2014.

Contrat N°GP / CARAT / MALA

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE



Au 1^{er} janvier 2015

Catégorie assurée : ENSEMBLE DU PERSONNEL

Le Contractant a souscrit auprès de l'APGIS (ci-après dénommés « l'Institution ») au profit de votre employeur un Contrat Frais de santé à adhésion obligatoire destiné à vous assurer le remboursement de vos dépenses de santé en complément des Prestations du Régime Obligatoire. L'APGIS est chargée de la mise en œuvre au quotidien de cette assurance qui, désormais, vous protège.

Cette Notice d'information a pour objet de vous informer sur vos droits et sur les modalités de versement des Prestations prévues. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification des Garanties du Contrat.

apgis

12, rue Massue

94684 VINCENNES CEDEX

Par internet : www.apgis.com

Vos contacts APGIS :

- **Prestations** (demandes de remboursements de soins, devis,...) : ☎ **01.49.57.17.17**
- **Fichier** (Affiliations, attestations tiers payant, télétransmission Noémie,...) : ☎ **01.49.57.17.43**
- **Internet apgis** (informations générales, espace assuré, professionnels de santé) : www.apgis.com

OU TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ ?

DEFINITIONS PREALABLES	4
QU'EST-CE QU'UN CONTRAT FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE ?	7
QUI EST CONCERNE ?.....	7
1.1 – Vous : le salarié	7
1.2 – L'ancien salarié	7
1.3 – Vos Ayants droit : les membres de votre famille	7
COMMENT S’AFFILIER ?.....	9
2.1 – Bulletin individuel d’affiliation	9
2.2 - Pièces à joindre lors de votre affiliation	9
COMMENT FONCTIONNENT LES GARANTIES ?.....	10
3.1 – Quelles sont les Garanties ?	10
3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?	10
COMMENT LES COTISATIONS SONT-ELLES PRELEVEES ET CALCULEES ?	11
4.1 – Montant, modalités de calcul et de versement des cotisations	11
4.2 – Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?	11
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU DE RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?.....	12
5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail	12
5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif dit de « portabilité »	12
5.3 – Si vous êtes titulaire d’une rente d’incapacité, d’invalidité, d’une pension de retraite ou d’un revenu de remplacement.	13
COMMENT OBTENIR MES REMBOURSEMENTS ?	14
6.1 – Sur quelle base sont effectués les remboursements ?	14
6.2 – Quels sont mes services associés ?	14
6.3 – Quels sont les délais pour demander remboursement ?	15
6.4 – Comment s’effectue le paiement des Prestations ?	15
6.5 – Quels justificatifs joindre aux demandes de remboursement ?	15
6.6 – Y a-t-il des limites aux remboursements ?	16
6.7 – Nature « responsable et solidaire» du Contrat	16
MA COMPLEMENTAIRE PREND T-ELLE EN CHARGE LES FRAIS ENGAGES A L'ETRANGER ?	17
7 – Etendue territoriale des Prestations	17
QUE SE PASSE T-IL SI LES SOINS DONT J'AI BENEFICIE ONT ETE RENDUS NECESSAIRES PAR LE FAIT D'UN TIERS ?	17
8 – Subrogation	17
J'AI UNE QUESTION OU UNE RECLAMATION, A QUI DOIS-JE M'ADRESSER ?.....	18
9.1 – Litiges	18
9.2 – Fausse déclaration	18
9.3 – Contrôle des Bénéficiaires et de l'Institution	19
9.4 – Informatique et libertés	19
9.5 – Prescription	19
9.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	20
ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES	21

DEFINITIONS PREALABLES

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause qui vous est extérieure.

Actes cliniques :

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, y compris stomatologues et nutritionnistes.

Acte de mise en place (article L911.1 du Code de la Sécurité sociale) :

Accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel, ou décision unilatérale de l'employeur à l'origine de la mise en place du Régime dans votre entreprise.

Actes techniques médicaux :

Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

Ayant droit :

Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec vous, selon la définition exposée à l'article 1.3 de la présente Notice d'information.

Base de remboursement (BR) :

Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- **Tarif de convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le Régime Obligatoire et les représentants de cette profession.
- **Tarif d'autorité** (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de remboursement.
- **Tarif de responsabilité** (TR) ou **Tarif forfaitaire de responsabilité** (TFR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire :

Vous-même « Participant » et éventuellement vos Ayants droit affiliés à titre obligatoire ou facultatif sous réserve des dispositions prévues à la présente Notice d'information.

Contrat :

Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur auprès de l'Institution.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement du Régime Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. Le Contrat peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses Garanties le prévoient, dans les limites fixées par le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Forfait hospitalier :

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un Accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

Frais réels :

Dépense réellement payée par les Bénéficiaires de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

Franchise :

Montant forfaitaire que le Régime Obligatoire ne rembourse pas et dont la prise en charge est interdite dans le cadre des contrats responsables (Article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale). Cette Franchise, à votre charge, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La Franchise n'est pas remboursée par l'Institution.

Garantie :

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une Prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du Contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

Maladie :

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et ouvrant éventuellement droit aux Prestations du Régime Obligatoire.

Médecin traitant – correspondant :

⇒ Médecin traitant :

Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin traitant, que vous avez choisi, est consulté en priorité par vous-même et vous suit tout au long de votre parcours de soins. Il vous oriente, en cas de besoin, vers un autre praticien, le Médecin correspondant.

⇒ Médecin correspondant :

Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin correspondant est celui vers lequel le Médecin traitant vous oriente pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par votre état de santé.

NOEMIE :

«Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs», permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses nationales du Régime Obligatoire et l'Institution.

Parcours de soins coordonnés :

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et ne pas supporter de pénalités dans leurs remboursements de frais médicaux.

Passage par un Médecin traitant choisi par le Participant avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Participant :

Membre du personnel et ancien salarié du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assurée, affilié au Contrat et sur la tête duquel repose le risque.

Participation forfaitaire :

Contribution prélevée par le Régime Obligatoire sur ses remboursements (Article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale).

Depuis le 1^{er} septembre 2008, elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et des actes de biologie et de radiologie au profit des assurés sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale de l'Etat et à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse pour les femmes enceintes (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires).

La Participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'Institution.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale :

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestation :

Montant remboursé à un Bénéficiaire par l'Institution en application des Garanties et conditions prévues au Contrat.

Régime :

Ensemble des dispositions relatives au Contrat frais de santé des salariés du Souscripteur.

Régime Obligatoire (RO) :

Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local Alsace Moselle.

Reste à charge :

Part des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire. Il est constitué :

- du Ticket modérateur,
- de l'éventuelle Participation forfaitaire ou Franchise, étant rappelé qu'elles ne sont pas prises en charge par l'Institution,
- de l'éventuel Dépassement d'honoraires.

Le Contrat couvre tout ou partie du Reste à charge.

Secteur conventionné :

Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

Secteur non conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service médical rendu (S.M.R.) :

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 5 niveaux en fonction de l'efficacité et de l'utilité des médicaments (majeur, important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

Souscripteur :

Entreprise qui vous emploie et a conclu avec l'Institution un Contrat pour le compte de son personnel.

Ticket modérateur (TM) :

Différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire ou de la Franchise qui ne sont pas remboursées par l'Institution).

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE ?

Il s'agit du Contrat collectif à adhésion obligatoire conclu entre votre employeur et l'Institution, destiné à vous assurer un meilleur remboursement de vos dépenses de santé.

Ce Contrat garantit les membres du personnel de l'entreprise, éventuellement leurs Ayants droit et, dans certains cas et à certaines conditions énumérés au sein de la présente Notice d'information, les anciens salariés de l'entreprise.

QUI EST CONCERNE ?

1.1 – Vous : le salarié

Sous réserve de répondre à la définition de personnel assuré indiquée dans l'Acte de mise en place du Régime et **de justifier d'une ancienneté de 3 mois minimum dans le GROUPE CARREFOUR**, le Contrat frais de santé vous garantit :

- Si vous êtes un salarié **sous contrat de travail en cours, et que vous êtes affilié à un Régime Obligatoire français**,
- Si vous êtes un salarié dont **le contrat de travail est suspendu**, quelle que soit la cause de cette suspension. Cette possibilité s'applique à condition que vous bénéficiiez pendant cette période :
 - d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - d'indemnités journalières du Régime Obligatoire,
 - d'indemnité journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.
- Si vous avez le statut de **mandataire social, titulaire d'un contrat de travail** ou, sous réserve d'une décision de l'organe compétent et notifiée par procès-verbal, si vous avez le statut de mandataire social **non titulaire d'un contrat de travail**, mais, sur le fondement de l'article L311-3 du Code de la Sécurité sociale, assimilé à un salarié.

Par dérogation aux dispositions prévues ci-avant, si vous avez un statut « cadre » ou « agent de maîtrise » tel que défini par les conventions collectives applicables au groupe CARREFOUR, vous êtes affilié immédiatement et la clause d'ancienneté ne vous est pas appliquée.

Le Contrat Frais de santé est à adhésion obligatoire pour tous les salariés remplissant les conditions ci-dessus.

Votre affiliation au Contrat vous confère la qualité de membre « participant » de l'Institution et vous donne le droit de participer au fonctionnement institutionnel de cette dernière. Vous êtes tenu par les dispositions des statuts de l'Institution.

1.2 – L'ancien salarié

Les anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage et bénéficiaires de la portabilité dans les conditions fixées à l'article 5.2 de la présente Notice d'information.

1.3 – Vos Ayants droit : les membres de votre famille

L'Acte de mise en place du Régime prévoit également l'affiliation **obligatoire de vos Ayants droit**.

Qui sont les Ayants droit couverts ?

Ces derniers sont définis comme :

- Votre conjoint qui peut être :
 - ⇒ votre époux ou votre épouse légitime, non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement bénéficiant de Prestations, du fait de son affiliation à un quelconque Régime Obligatoire,
 - ⇒ votre partenaire de PACS bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque Régime Obligatoire,

⇒ votre concubin bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque Régime Obligatoire et à condition que votre concubin et vous soyez tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé, comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge,

- Vos enfants ou ceux de votre conjoint :

⇒ à charge au sens de la législation fiscale, c'est à dire pris en compte pour l'application de votre quotient familial ou que vous percevez une pension alimentaire déduite fiscalement de votre revenu global,

⇒ poursuivant leurs études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, **et ce jusqu'au 31 décembre de leur 25^{ème} anniversaire,**

⇒ sous contrat en alternance ou d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, **et ce jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire,**

⇒ les enfants bénéficiaires des mesures en faveur de l'emploi, sous réserve :

- qu'ils soient âgés de moins de 22 ans,
- qu'ils perçoivent une rémunération égale ou inférieure à 65% du SMIC (à justifier par une copie du contrat de travail),
- qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire.

⇒ les enfants infirmes, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241.3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge ou bénéficiaire de la carte CDAPH (ex COTOREP),

- Vos ascendants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire du PACS à charge au sens de la législation fiscale, c'est à dire pris en compte dans le quotient familial ou avoir une pension alimentaire qui est déduite fiscalement du revenu global.

L'avis d'imposition, une copie de la carte d'identité du ou des ascendants concernés ainsi que toute pièce que l'Institution jugerait nécessaire, sont à produire en cas de demande de prestation.

COMMENT S’AFFILIER ?

2.1 – Bulletin individuel d’affiliation

Lors de la mise en place du Contrat ou au moment de votre embauche, il est indispensable de remplir le **bulletin individuel d’affiliation** qui vous est remis par votre entreprise.

Les renseignements qui y figurent sont nécessaires à la gestion de vos droits à Prestations.

Vous devrez par la suite transmettre ce bulletin à votre employeur, accompagné des pièces justificatives, lequel sera chargé de le faire parvenir à l’Institution.

2.2 - Pièces à joindre lors de votre affiliation

Vous devrez impérativement joindre à votre bulletin individuel d’affiliation :

- la copie de l’attestation Vitale à jour,
- un relevé d’identité bancaire ou postal.

Si vous avez choisi d’adhérer à titre facultatif auprès de l’Institution en cas de suspension de votre contrat de travail sans maintien total ou partiel de salaire ou d’indemnités journalières:

- le mandat SEPA dûment complété et signé.

Vous devrez également joindre, selon votre situation de famille :

- la copie de leur attestation Vitale à jour de vos Ayants droit,
- un certificat de scolarité pour chacun de vos enfants âgés de 16 à 25 ans, à renouveler à chaque rentrée scolaire,
- une copie de la carte d’invalidité de vos enfants handicapés,
- toute autre pièce complémentaire demandée par l’Institution.

Dans la mesure où votre concubin ou partenaire de PACS n’est pas à votre charge au sens du Régime Obligatoire :

- un certificat de vie commune ou une attestation sur l’honneur de vie commune accompagné d’un justificatif de domicile commun (Contrat de bail, facture EDF-GDF, etc. libellés aux deux noms) si vous vivez en concubinage,
- une copie de l’attestation d’engagement délivrée par le greffe du Tribunal d’Instance si vous êtes lié(e) par un Pacs.

Notez également que la qualité :

- de conjoint, se perd par divorce et séparation de corps avec jugement, sur présentation d’un justificatif,
- de concubin, se perd sur présentation d’un courrier, daté et signé, attestant sur l’honneur ne plus vivre en concubinage avec la personne affiliée et précisant la date de cessation des Garanties.
- de partenaire lié par un PACS, se perd sur présentation soit, de la copie de la signification délivrée par un huissier de justice, soit de la copie de la déclaration conjointe écrite au greffe du tribunal d’instance.
- d’Enfant à charge ou d’ascendant se perd dès lors que ces derniers ne répondent plus à la définition d’Ayants droit telle que prévue à l’article 1.3 de la présente Notice d’information.

Il vous appartiendra, en cas de modification de votre situation de famille, de faire parvenir à l’Institution, les justificatifs nécessaires au suivi de votre affiliation.

COMMENT FONCTIONNENT LES GARANTIES ?

3.1 – Quelles sont les Garanties ?

Le Contrat mis en place par votre employeur comprend des Garanties dont l'étendue des remboursements, par poste de soins, est détaillée dans l'Annexe - Tableau des Garanties jointe à la présente Notice d'information, **dans la limite des frais réellement engagés.**

Vos Ayants droit affiliés au Contrat bénéficient obligatoirement et dans tous les cas des mêmes Garanties que vous.

3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?

Vos Garanties prennent effet, sous réserve de satisfaire aux formalités d'affiliation :

- à la date d'effet du Contrat liant votre employeur à l'Institution si vous faites partie des effectifs de l'entreprise à cette date et que vous appartenez à la catégorie de personnel assuré,
- si vous êtes nouvel embauché, dès le jour où vous appartenez à la catégorie de personnel assuré.

Il est rappelé que vous avez un statut « employé » tel que défini par les conventions collectives applicables au groupe CARREFOUR, vous devez justifier d'une ancienneté de 3 mois minimum.

Vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat, bénéficient des Garanties :

- à la même date que vous sous réserve de répondre à la définition d'Ayant droit à cette date,
- ultérieurement, à réception de la déclaration ou communication du changement de situation de famille (mariage, naissance d'un enfant). Par dérogation à ce qui précède, si la déclaration est faite à l'Institution dans les trois mois suivants l'évènement, l'affiliation de l'enfant se fera au jour de sa naissance ou de son adoption.

Il est indispensable, pour bénéficier des Garanties, que vous remettiez à votre employeur le bulletin individuel d'affiliation évoqué à l'article 2.1 de la présente Notice d'information dûment complété.

Vos Garanties cessent :

- en cas de résiliation du Contrat souscrit par votre employeur auprès de l'Institution,
- le dernier jour du mois civil où vous ne faites plus partie de l'effectif de l'entreprise. Vous perdrez également votre qualité de Participant, sauf cas de maintien des Garanties prévus aux articles 5.2 et 5.3 de la présente Notice d'information,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée,
- en cas de suspension de votre Contrat de travail (sans maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières) et uniquement pendant cette période, sauf maintien des Garanties,
- en cas de non-paiement des cotisations tel que prévu à l'article 4.2 de la présente Notice d'information,
- en cas de liquidation normale ou anticipée de votre pension vieillesse due par le Régime Obligatoire sauf si vous êtes en cumul emploi retraite tel que défini à l'article L 161-2 du code de la Sécurité sociale,
- au jour de votre décès.

Vos Ayants droit éventuellement affiliés au contrat cessent d'être garantis :

- s'ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1.3 de la présente Notice d'information,
- à la date à laquelle vous-même n'êtes plus garanti,
- en cas de résiliation du Contrat souscrit par votre employeur auprès de l'Institution,
- en cas de non-paiement des cotisations liées à leur affiliation.

La cessation des Garanties entraîne la suppression du droit aux Prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.

COMMENT LES COTISATIONS SONT-ELLES PRELEVEES ET CALCULEES ?

4.1 – Montant, modalités de calcul et de versement des cotisations

Votre affiliation est financée par une cotisation dont la répartition des parts respectives de cotisation EMPLOYEUR / SALARIE est déterminée par l'Acte de mise en place du Régime.

Le montant des cotisations est exprimé en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

La cotisation est déterminée à la date d'effet du Contrat et est indexée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution du Plafond de la Sécurité sociale.

Si vous participez au financement des Garanties du Contrat, votre part de cotisation est prélevée **mensuellement** sur votre bulletin de salaire (on parle de « **précompte** »). Votre employeur reverse ensuite trimestriellement les cotisations à l'Institution, en y incluant sa part.

Cotisations relatives à votre adhésion facultative au Contrat en cas de suspension de votre contrat de travail sans maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières

Le montant de vos cotisations est entièrement à votre charge et est exprimé en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

La cotisation est déterminée à la date d'effet du Contrat et est indexée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution du Plafond de la Sécurité sociale.

Les cotisations sont appelées directement par l'Institution, **mensuellement par avance et par prélèvement automatique** directement auprès de vous.

Pour cela, vous aurez à remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec votre bulletin individuel d'affiliation.

4.2 – Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?

En cas de non-paiement des cotisations **par votre employeur**, une lettre de mise en demeure lui sera adressée. Il sera alors informé des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur le maintien de vos Garanties et éventuellement celles de vos Ayants droit.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU DE RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?

5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail

Vos Garanties sont maintenues dans tous les cas de suspension de votre contrat de travail, **si vous bénéficiez** :

- d'un maintien total ou partiel de salaire,
- ou d'indemnités journalières du Régime Obligatoire,
- ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par le Souscripteur qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Ce maintien est assuré pour la durée de la suspension, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif dit de « portabilité »

La loi de Sécurisation de l'Emploi N° 2013-504 du 14 Juin 2013 et l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, prévoient à certaines conditions le maintien des garanties frais de santé en cas de rupture ou de fin du contrat de travail. Ce dispositif est dénommé **portabilité**.

o **Prise d'effet et durée du maintien**

En cas de cessation de votre contrat de travail intervenue à compter du 1^{er} juin 2014, les Garanties Frais de **santé vous sont maintenues et éventuellement à vos Ayants droit** et ce, tant que vous ouvrez droit à la portabilité. Les Garanties maintenues sont celles définies par le Contrat et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'entreprise.

Les Garanties du Contrat vous seront maintenues dès le lendemain de la cessation de votre contrat de travail.

Vous pouvez bénéficier du dispositif dit « de portabilité » si :

- vos droits à remboursements complémentaires ont été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail,
- la cessation de votre contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde,
- vous justifiez de votre prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle Emploi).

Vos Ayants droit précédemment couverts au titre du Contrat bénéficient également du maintien des Garanties et ce tant que vous ouvrez droit à la portabilité.

Vous bénéficiez de la portabilité pour une durée égale à celle de votre dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de 12 mois**

o **Pièces à fournir**

Vous devez justifier auprès de l'Institution, votre droit au maintien des Garanties :

- à l'ouverture du dispositif de portabilité
- au cours de la période

Vous devrez pour cela transmettre :

- la copie de votre lettre de licenciement ou de votre contrat de travail si vous avez un contrat à durée déterminée,
- à chaque indemnisation, une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation ainsi que l'attestation de paiement Pôle Emploi du mois antérieur à la demande de prestation.

Dans tous les cas, dès la cessation de votre contrat de travail, vous et vos Ayants droit, ne disposez plus du système de tiers-payant. Ainsi il conviendra de restituer à l'Institution votre carte de Tiers Payant.

Le système de télétransmission ne s'appliquant plus dans le cadre de ce dispositif, il vous appartiendra de nous envoyer vos décomptes du Régime Obligatoire.

○ Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

- à la date de clôture de votre prise en charge par le Régime d'assurance chômage,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle,
- dès lors que vous bénéficiez d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
- à l'expiration de la durée de maintien (qui ne peut excéder 12 mois),
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du Contrat souscrit par votre ancien employeur quel qu'en soit le motif,
- le jour de votre décès.

Le maintien des Garanties cesse pour vos Ayants droit :

- lorsque vous n'ouvrez plus droit à la portabilité,
- dès lors que vos Ayants droit ne répondent plus à la définition des Ayants droit telle que précisée à l'article 2.3 de la présente Notice d'information.

La suspension temporaire de vos allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée de maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

○ Financement du maintien

Le financement du maintien de la Garantie est assuré à titre gratuit, c'est-à-dire, qu'aucune cotisation n'est exigée de votre part. Le financement de la portabilité est assuré par un mécanisme de mutualisation et est ainsi inclus dans les cotisations payées lorsque vous étiez en activité.

En cas de fermeture de vos droits à Pôle Emploi au cours de la période de maintien (dans le cas d'une reprise d'activité professionnelle, par exemple), vous êtes **tenu** d'en informer l'Institution.

5.3 – Si vous êtes titulaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement.

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin » prévoit le maintien des Garanties après cessation du Contrat de travail dans certains cas spécifiques, y compris à l'issue de la période de portabilité.

Ainsi, si vous bénéficiez soit :

- d'une rente d'**incapacité** ou d'**invalidité** du Régime Obligatoire,
- d'une **pension de retraite** servie par un Régime Obligatoire de Base d'assurance vieillesse,
- d'un **revenu de remplacement**, dans le cas où vous êtes privé d'emploi.

Vous pouvez conserver les Garanties Frais de Santé **sans condition de durée**, moyennant le paiement des cotisations correspondantes à condition :

- d'en faire la demande **dans les 6 mois** qui suivent la fin des Garanties antérieures,
- d'adhérer à titre **individuel** au régime des anciens salariés.

En cas de décès, **vos Ayants droit affiliés à titre obligatoire au Contrat**, ont la faculté de demander le maintien de la couverture dont ils bénéficiaient par votre intermédiaire.

Le maintien est effectif, dans un premier temps, pendant **une durée de 12 mois** à compter de votre décès, sous réserve du paiement des cotisations et que vos Ayants droit en aient fait la demande **dans les 6 mois** suivant votre décès.

Conformément aux dispositions de la loi « Evin », le maintien des Garanties nécessite que vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat, souscriviez auprès de l'Institution un Contrat à titre **individuel**. Le montant des cotisations que vous devez verser en application de ce nouveau Contrat **ne peut être supérieur de plus de 50%** aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

COMMENT OBTENIR MES REMBOURSEMENTS ?

6.1 – Sur quelle base sont effectués les remboursements ?

Vos remboursements sont effectués :

- soit, sur la Base des remboursements effectués par le Régime Obligatoire (RO) et/ou du Ticket modérateur (TM),
- soit, sur la base des frais réels, avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros,
- soit, selon un barème de Prestations forfaitaires.

Pour un aperçu détaillé de l'étendue des remboursements par poste de soins, veuillez consulter l'Annexe – Tableau des Garanties jointe à la présente Notice d'information.

Le remboursement est, dans tous les cas, effectué en fonction de la nomenclature du Régime Obligatoire et conformément à la bonne utilisation de cette nomenclature.

La date retenue pour le remboursement des soins par l'Institution correspond à la date à laquelle les soins ont été effectués et retenue par le Régime Obligatoire.

6.2 – Quels sont mes services associés ?

Tiers Payant SP Santé :

Munissez-vous de votre attestation de tiers payant SP Santé pour ne pas avoir à avancer les frais sur les postes pharmacie, radiologie, biologie, auxiliaires médicaux, hospitalisation (via prise en charge), soins externes (actes, consultations, examens réalisés en établissements publics ou privés sans hospitalisation), dentaire et optique (via IDECLAIR).

Prise en charge hospitalière :

En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité, une prise en charge hospitalière peut être effectuée :

- Via le site www.apgis.com : Par le professionnel de santé (son espace dédié) ou directement par votre espace assuré
- Par courriel : pechospi@apgis.com
- Sur simple appel téléphonique : ☎ 01.49.57.16.52

La consultation de vos remboursements :

La consultation des remboursements vous permet de vérifier le détail des remboursements effectués par l'APGIS pour vous et vos bénéficiaires sur une période de 6 mois :

- Par internet : via l'espace assuré : www.apgis.com
- Par téléphone mobile (à connexion internet) : apgismobile.apgis.com
- Sur simple appel téléphonique : ☎ 09.69.32.34.45 (numéro cristal)

Ce service sécurisé est accessible par l'utilisation d'un mot de passe et d'un code secret qui figurent sur la partie haute de vos décomptes APGIS.

Devis IDECLAIR (dentaire et optique) :

Sur les frais dentaires et optique pris en charge par la Sécurité sociale, vous pouvez demander à votre praticien de remplir un devis IDECLAIR.

Ces devis sont disponibles soit auprès de votre Service Paie ou sur le site internet de l'APGIS : www.apgis.com (accueil > salariés > Découvrir les services).

Le devis dûment complété doit être adressé à l'APGIS :

- Par internet : site www.apgis.com à disposition du professionnel de santé en optique
- Par courriel : optique@apgis.com / dentaire@apgis.com
- Par courrier : à envoyer à l'adresse mentionnée au dos du devis à l'APGIS – IDECLAIR CARREFOUR.

Sous 48 heures (hors délais postaux), l'APGIS s'engage à vous indiquer le montant de son remboursement complémentaire ainsi que la somme restant à votre charge et à vous faire part de ses commentaires sur le niveau de prix proposé par votre praticien ou opticien.

FILAPGIS

FILAPGIS a pour objectif d'améliorer la qualité de vie de vos salariés et de leurs proches. Il assure également un rôle de prévention.

FILAPGIS apporte une écoute, des informations et des conseils sur différentes thématiques de la vie quotidienne et de la prévention. Il accompagne les Participants et les aide à faire face aux difficultés administratives que chacun rencontre dans la vie professionnelle, personnelle et familiale.

Le service est accessible à tous les Participants, actifs et retraités, par l'intermédiaire d'un site Internet (**www.filapgis.apgis.com**) qui permet d'obtenir des informations générales, par téléphone (ou par email) pour tout cas particulier.

Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 13h00 à partir d'un numéro de téléphone dédié : 09 69 39 75 52 (coût d'un appel local), et d'un site Internet www.filapgis.apgis.com.

6.3 – Quels sont les délais pour demander remboursement ?

Vos demandes de remboursement doivent, **sous peine de déchéance**, être transmises à l'Institution, dans les **deux ans** qui suivent la date à laquelle les soins ont été effectués, à défaut la date prise en compte pourra être la date mentionnée sur la facture.

6.4 – Comment s'effectue le paiement des Prestations ?

Le règlement de vos Prestations est effectué par virement bancaire et à défaut par chèque.
Vous devez impérativement joindre un relevé d'identité bancaire ou postal à votre bulletin individuel d'affiliation

6.5 – Quels justificatifs joindre aux demandes de remboursement ?

Vous devez joindre à chaque demande de remboursement :

- 📁 les **factures détaillées** justifiant les frais que vous avez engagés en ce qui concerne :
 - une hospitalisation médicale ou chirurgicale, une cure thermique,
 - des prothèses dentaires ou travaux d'orthodontie (avec précision sur la nature des travaux effectués ainsi que sur le nombre et prix de chaque élément),
 - des appareillages, de l'orthopédie ou des prothèses non dentaires,
 - l'optique (la facture devra comporter séparément le coût de la monture et des verres, ainsi que le numéro de chaque verre),
 - des lentilles correctrices (en cas de non remboursement du Régime Obligatoire, la prescription médicale datant de moins de 2 ans et la facture acquittée sont indispensables),
- 📁 le reçu correspondant au montant du **Ticket modérateur** réglé aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, etc.),
- 📁 en cas d'arrivée d'un enfant au foyer, un **extrait d'acte de naissance** du nouveau-né,
- 📁 en cas d'adoption d'un ou plusieurs, la copie du jugement d'adoption plénière,
- 📁 en cas de décès, une **copie de l'extrait d'acte de décès**,
- 📁 toute pièce complémentaire demandée par l'Institution.

Pour les professionnels de santé équipés d'un système SESAM – VITALE, les feuilles de soins électroniques sont directement transmises au Régime Obligatoire.

Dans les autres cas, vous devez adresser la feuille de soins à votre organisme de Régime Obligatoire.

Grâce au système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), l'Institution reçoit directement par télétransmission de votre Régime Obligatoire les informations contenues sur les décomptes. Un message figurant sur votre décompte du Régime Obligatoire vous informe de la mise en œuvre de la télétransmission.

Si ce message ne concerne pas l'ensemble des actes figurant sur votre décompte du Régime Obligatoire ou si ce message n'apparaît pas, vous devez adresser à l'Institution votre **décompte original du Régime Obligatoire**.

6.6 – Y a-t-il des limites aux remboursements ?

Les frais engagés pour des soins postérieurs à la cessation de votre contrat de travail ne sont pas pris en charge, sauf application du dispositif de portabilité ou maintien des Garanties en application de la loi « Evin » (voir articles 5.2 et 5.3 de la présente Notice d'information).

De même, l'Institution ne rembourse pas les frais engagés et déboursés :

- **antérieurement à la date de prise d'effet du Contrat conclu entre votre employeur et l'Institution,**
- **antérieurement à la date à laquelle votre affiliation ou celle de vos Ayants droit prend effet,**
- **postérieurement à la date de résiliation du Contrat liant votre employeur et l'Institution,**
- **postérieurement à la date à laquelle votre affiliation ou celle de vos Ayants-droit prend fin.**

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à son décret d'application, le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **ne peut excéder le montant des frais restant à votre charge ou celles de vos Ayants droit** après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

L'Institution se réserve la faculté de vous demander la justification de ces frais.

Egalement, vous devez déclarer à l'Institution, tout autre Contrat d'assurance santé souscrit en garantie des mêmes risques.

Le cumul des remboursements de l'Institution, du Régime Obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais que vous avez engagés pour un même acte.

Ainsi, l'Institution peut vous demander communication des remboursements perçus pour les mêmes actes au titre de tout autre Contrat d'assurance santé dont vous ou vos Ayants droit bénéficiez.

6.7 – Nature « responsable et solidaire » du Contrat

Le Contrat souscrit par votre employeur est conforme au cahier des charges des Contrats dits « responsables ». Cela signifie qu'il répond à un certain nombre de critères définis au sein du Code de la Sécurité sociale (titre VII du livre VIII du Code de la Sécurité sociale et les dispositions y afférant).

Figurent parmi ces critères l'absence de prise en charge de certains frais et, *a contrario*, la prise en charge d'actes de prévention considérés comme prioritaires par les pouvoirs publics.

Sont ainsi **exclus de la prise en charge** par votre Contrat :

- la **majoration du Ticket modérateur** en cas de non-respect du parcours de soins (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un médecin spécialiste sans prescription du médecin traitant),
- les **Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques et cliniques** lorsque vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat ne respectez pas le parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la **Participation forfaitaire** mise à votre charge pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie, ainsi que les Franchises médicales (Article L 322-2-II et III du Code de la Sécurité sociale).
- la **Franchise** appliquée sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.

L'Institution prend en revanche en charge, selon la Garantie précisée dans l'Annexe - Tableau des Garanties jointe à la présente Notice d'information, la totalité des actes de prévention de la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 (publié au Journal Officiel du 18 juin 2006).

Ces actes sont :

1. Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
3. Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Le dépistage de l'hépatite B ;
5. Le dépistage, une fois tous les cinq ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de cinquante ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit;
 - d) Audiométrie tonale et vocale;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
6. Un acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie, une fois tous les six ans, pour les femmes de plus de cinquante ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous les âges,
 - b) Coqueluche : avant 14 ans,
 - c) Hépatite B : avant 14 ans,
 - d) BCG : avant 6 ans,
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - f) Haemophilus influenzae B,
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère « responsable » du Contrat, sera automatiquement intégrée au Contrat pour prendre effet à la date où elle doit s'appliquer.

De plus, le Contrat est « solidaire », c'est-à-dire que le montant de votre cotisation ne dépend pas de votre état de santé.

MA COMPLEMENTAIRE PREND T-ELLE EN CHARGE LES FRAIS ENGAGES A L'ETRANGER ?

7 – Etendue territoriale des Prestations

La Garantie s'applique aux frais exposés en France et au sein de l'Union européenne ou dans un pays ayant signé une convention avec la France.

Dans le cas d'une maladie survenue dans un pays **ayant signé une convention avec la France ou dans un pays de l'Union européenne**, les dépenses engagées par vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat, sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire.

Les Garanties complémentaires attachées au Contrat sont alors accordées sur la base des taux de remboursement du Régime Obligatoire française.

Dans le cas d'une maladie survenue dans un pays **non lié par une convention avec la France ou dans un pays de l'Union européenne**, les caisses françaises procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues à l'article R. 332-2 du Code de la Sécurité sociale. Les Garanties complémentaires découlant de votre affiliation au Contrat vous sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire française admet la prise en charge des frais.

QUE SE PASSE T-IL SI LES SOINS DONT J'AI BENEFICIE ONT ETE RENDUS NECESSAIRES PAR LE FAIT D'UN TIERS ?

8 – Subrogation

Lorsque vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat, êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible de donner lieu à indemnisation par un tiers responsable, l'Institution dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Cela signifie que vos dépenses de santé ou celles de vos Ayants droit seront prises en charge normalement par l'Institution ; laquelle se substituera dans vos droits pour réclamer au tiers responsable une indemnisation.

J'AI UNE QUESTION OU UNE RECLAMATION, A QUI DOIS-JE M'ADRESSER ?

9.1 – Litiges

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, les parties s'engagent, avant d'avoir recours à une procédure contentieuse, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable.

9.1.1 Informations sur le Contrat

Si les Bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat conclu entre votre employeur et l'Institution, notamment au moment de leur affiliation, ils peuvent s'adresser en priorité à leur interlocuteur habituel dans l'entreprise et, à défaut, à l'Institution.

9.1.2 Réclamations

Si les réponses apportées ne les satisfont pas, les Bénéficiaires peuvent formuler des observations au sujet du Contrat à :

**APGIS - Service Réclamation
TSA 20303
94685 Vincennes Cedex**

Le service réclamation, accusera réception du courrier dans un délai de 10 jours à compter de la réception de la réclamation.

Le service réclamation dispose ensuite d'un délai de 2 mois pour apporter une réponse à compter de la réception du courrier.

Si les réponses apportées ne les satisfont pas ces derniers disposent d'un recours auprès du médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 9.1.3 de la présente Notice d'information.

9.1.3 Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, les Bénéficiaires peuvent saisir le médiateur de l'Institution à l'adresse suivante :

**MEDIATEUR CTIP
10, rue Cambacérès
75008 PARIS
www.ctip.asso.fr**

En cas d'échec de ces démarches, les Bénéficiaires conservent l'intégralité de leurs droits à agir en justice.

9.2 – Fausse déclaration

Vous ou vos Ayants droit êtes informé de ce que la réticence ou la fausse déclaration de mauvaise foi de votre part entraîne **la nullité** de la Garantie issue du Contrat, lorsqu'elle change la nature du risque ou en fausse l'appréciation par l'Institution ; alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dès lors, si à l'occasion d'une demande de remboursement, vous ou vos Ayants droit fournissez intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ou des réponses délibérément inexacts vous vous exposez à des poursuites pénales, à la nullité de votre affiliation ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et serez tenus au remboursement des sommes indument perçues.

9.3 – Contrôle des Bénéficiaires et de l’Institution

9.3.1 Contrôle des Bénéficiaires :

Notez que les médecins délégués par l’Institution peuvent librement accéder aux Bénéficiaires des Garanties afin de constater leur état de santé.

Sachez que vous pouvez vous faire assister par votre médecin traitant dans le cadre d’un rendez-vous médical organisé par le médecin délégué par l’Institution.

Le service des Prestations peut être interrompu, sauf opposition dument justifiée, nonobstant les décisions prises et les versements effectués par le Régime Obligatoire ou tout autre organisme, si vous ou vos Ayants droit ne fournissez pas les justificatifs ou refusez de vous soumettre aux examens ou expertises demandés par l’Institution.

Le refus peut être justifié par la réalisation, sur les mêmes faits, d’expertises médicales dans le cadre de l’assurance maladie ou d’une expertise judiciaire et susceptible d’être communiqués à l’Institution. L’instruction de la situation du Bénéficiaire, implique donc la participation de l’Institution à l’ensemble des opérations de constatations médicales indispensables à l’ouverture ou au maintien des droits des Bénéficiaires.

9.3.2 Contrôle de l’Institution :

L’autorité chargée du contrôle de l’Institution est :

**L’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),
61, rue Taitbout
75436 PARIS cedex 09**

9.4 – Informatique et libertés

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et d’opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont destinées à l’Institution, responsable du traitement, à des fins de gestion, d’analyse et de suivi du Contrat ; elles pourront être transmises aux partenaires contractuellement liés pour les besoins de gestion et à des organismes professionnels ou utilisées à des fins de prospection commerciale, sauf opposition de votre part.

Ces données pourront également faire l’objet de traitements spécifiques et d’informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires, il vous suffit d’écrire à :

**APGIS - Service Informatique et Libertés
TSA 20303
94685 Vincennes Cedex**

L’Institution s’engage par ailleurs à ne vous demander que les informations strictement nécessaires à la gestion de vos droits.

9.5 – Prescription

Conformément à la réglementation applicable, **toutes les actions** dérivant des opérations régies par le Contrat sont **prescrites par 2 ans** à compter de l’événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l’Institution en a eu connaissance;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s’ils prouvent qu’ils l’ont ignoré jusque-là.

Quand l’action des Bénéficiaires contre l’Institution a pour cause le recours d’un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre eux ou obtenu une indemnisation de votre part ou de celle de vos Ayants droit.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant du Contrat d'assurance est éteinte.

Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution à votre dernier domicile connu en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou adressée par vos soins à l'Institution en ce qui concerne le règlement d'une indemnité,
- soit par désignation de l'expert à la suite d'un sinistre,
- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
 - o la reconnaissance par l'Institution de votre droit à bénéficier de la Garantie contestée,
 - o un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie),
 - o l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure.

L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant 2 ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, vous ne pouvez, même d'un commun accord avec l'Institution, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

9.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations de l'Institution sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon des procédures internes décrites.

L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES

Les Garanties sont exprimées « en complément des éventuels remboursements versés par le Régime Obligatoire », dans la limite des frais réellement engagés.

Les Garanties exprimées en euros par an et par Bénéficiaire sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf pour la Garantie optique.

ACTES	LIBELLE DES PRESTATIONS
CONSULTATIONS – VISITES GENERALISTES Conventionné ou non	150% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
CONSULTATIONS – VISITES SPECIALISTES Conventionné ou non	200% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
ANALYSES – RADIOLOGIE – ACTES DE SPECIALISTES – AUXILIAIRES MEDICAUX	300% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
DEPLACEMENTS – MAJORATIONS	100% du Ticket Modérateur
PACK CONSULTATIONS non remboursées par la Sécurité sociale (ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, psychomotricité pour les enfants, nutritionnistes, diététiciens)	28 € par consultation. Garantie limitée à 2 consultations par an et par bénéficiaire
OSTEODENSITOMETRIE non remboursée par la Sécurité sociale	40 € par consultation
PHARMACIE	100% du Ticket Modérateur
<p style="text-align: center;">SOINS DENTAIRES remboursés par la Sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">PROTHESES DENTAIRES remboursées ou non (*) par la Sécurité sociale et inscrites à la nomenclature Sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">ORTHODONTIE remboursée ou non par la Sécurité sociale (**)</p> <p>(*) Prothèses non remboursées Sécurité sociale : Sont concernées uniquement les couronnes sur dent vivante</p> <p>(**) Limitation à 6 semestres pour l'orthodontie non remboursée Sécurité sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels pour la fraction des frais n'excédant pas 350% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale <li style="text-align: center;">+ ▪ 50% des frais réels pour la fraction des frais comprise entre 350% et 500% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ▪ moins le remboursement de la Sécurité sociale <p>Aucun remboursement pour la fraction des frais réels au-delà de 500% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p>
APPAREILLAGES – ORTHOPEDIE – PROTHESES AUDITIVES – PROTHESES MEDICALES AUTRES QUE PROTHESES DENTAIRES	600% de la Base de Remboursement Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale
TRANSPORT avec ou sans hospitalisation	100% du Ticket Modérateur
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	Indemnité forfaitaire égale à 6% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Les frais médicaux liés à la cure sont également remboursés au titre des soins médicaux courants

ACTES	LIBELLE DES PRESTATIONS
<p>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE conventionné ou non conventionné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais de séjour, honoraires médicaux, honoraires chirurgicaux ▪ Forfait journalier hospitalier ▪ Chambre Particulière ▪ Frais d'accompagnant (enfant moins de 17 ans) 	<p>400% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>100% du forfait en vigueur</p> <p>2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par jour</p> <p>2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par nuit</p>
<p>OPTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monture adulte ▪ Monture enfant (moins de 18 ans) ▪ Verre adulte ▪ Verre enfant (moins de 18 ans) ▪ Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ▪ Lentilles refusées par la Sécurité sociale 	<p>Adulte : 1 équipement tous les 24 mois sauf changement de correction (12 mois). Cette limitation s'entend à partir de la date du dernier équipement d'optique remboursé par l'APGIS.</p> <p>150 €</p> <p>3 fois la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>3,5% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par verre ou, si plus favorable 24 fois la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>3% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par verre ou, si plus favorable 3 fois la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>8% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire</p>
<p>MATERNITE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalisation obstétricale : Séjours et honoraires ▪ Chambre Particulière en maternité ▪ Forfait naissance (1) 	<p>400% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par jour</p> <p>10% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Doublé en cas de naissances multiples.</p>

(1) Cette indemnité sert à compenser de manière forfaitaire, les frais médicaux exposés durant la maternité (dépassements sur consultations pré ou post natales obligatoires, etc ...) par conséquent les autres remboursements complémentaires ne sont pas effectués durant la période de maternité du fait de la prise en charge à 100% de la base de remboursement par le Régime Obligatoire.

Le Contrat prend en charge les actes de prévention de la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 (publié au Journal Officiel du 18 juin 2006).

Pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, la Base de remboursement est reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenue le Régime Obligatoire s'il était intervenu.

Précisions sur les Garanties

Lorsque les Garanties, en secteur non conventionné, sont exprimées en fonction de la Base de Remboursement ou des prestations du Régime Obligatoire, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

- **MATERNITE**

Le forfait est réglé à l'occasion de la naissance d'un ou de plusieurs enfants, sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants.

- **PACK CONSULTATIONS**

Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.