



## NOTICE D'INFORMATION (au sens de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale) (NI-FLEX-COA 07-09)

Cette notice d'information (**NI-FLEX-COA 07-09**) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès d'APICIL PREVOYANCE, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300) et ci-après dénommée parfois « l'Institution de prévoyance ».

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

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

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

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

### QUI EST COUVERT ?

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

Sont aussi garantis les ex-salariés bénéficiaires de la portabilité des droits en matière de protection sociale (article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008).

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

### OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat,
- à partir de la date de fin de suspension du contrat de travail sans salaire (ne sont pas concernés les cas particuliers tels que les arrêts de travail pour maladie, maternité, accident du travail ou de congé paternité),
- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux participants ou de promotion dans la catégorie concernée ou à l'issue de la période d'ancienneté prévue dans l'acte de mise en place du régime dans l'entreprise,
- à partir du premier jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer au régime et qui a souhaité revenir sur sa décision ou qui cesse de justifier de sa situation.

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

### DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

de mise en demeure.

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

### CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion,
- à la date de rupture du contrat de travail ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat d'adhésion ou à la fin de la portabilité des droits (notamment en cas d'arrivée au terme des droits ou en cas de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage telle qu'en cas de reprise d'une activité professionnelle),
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité Sociale du participant ou de sa préretraite, avec rupture du contrat de travail.

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

### SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations,
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé création d'entreprise, le CIF, etc. Cette disposition s'applique également au gérant sans salaire (ne sont pas concernés les cas particuliers d'arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail ou de congé paternité pour lesquels la garantie frais de santé est maintenue moyennant le versement des cotisations correspondantes).

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve qu'APICIL PREVOYANCE en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par APICIL PREVOYANCE de la déclaration faite par l'entreprise.

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

### MAINTIEN DES GARANTIES

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

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

Ce contrat sera conclu dans les conditions tarifaires conformes aux dispositions de la loi n° 89 1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application.

Pour les chômeurs indemnisés, ils peuvent demander l'application du système de prolongation de garanties jusqu'au terme de la période de maintien des garanties prévu par l'article 14 de l'ANI (cf voir la rubrique

« portabilité des droits ») dans le cas où la durée de ce maintien est supérieure à 6 mois.

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

### PORTABILITE DES DROITS

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

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

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

Les modalités de paiement des cotisations sont définies conjointement entre l'entreprise et l'ancien salarié.

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

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

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

### TERRITORIALITE

Les prestations sont accordées aux seuls bénéficiaires du contrat résidant habituellement en France.

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie française et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité Sociale. Les remboursements sont alors effectués en euros.

En conséquence, les actes hors nomenclature effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

### EXCLUSION DES GARANTIES

ous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

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

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 III du code de la Sécurité Sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect, par le participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de la participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non respect, par le participant ou un

ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,

- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat.

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

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- les frais engagés en dehors de la période de garantie.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité, sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier, ainsi que toutes dépenses à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux,

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

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

### FAIT GENERATEUR

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

Ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.

En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que vous êtes encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (le participant n'étant plus affilié lors du départ de l'hôpital), l'Institution de prévoyance vous demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

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

### INDUS

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

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

### PRESCRIPTION

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

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

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

### OPTION BUDGET

Si votre entreprise a souscrit l'option budget, cela 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 annuelle est appliqué sur l'ensemble des remboursements à l'exception des postes suivants : les frais de séjours d'hospitalisation conventionnés, les honoraires d'hospitalisation, les consultations et visites de médecins (généralistes ou spécialistes) dans le cadre du parcours de soins et enfin la pharmacie, les analyses et actes de biologie prescrits dans le cadre du parcours de soins.

L'assiette de cette franchise est constituée par les remboursements complémentaires potentiels (ce qu'aurait remboursé l'Institution de prévoyance en l'absence de franchise). Cette franchise s'entend par année civile et par famille.

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.

### CONDITIONS D'AFFILIATION AUX COTISATIONS ISOLE OU FAMILLE

Lorsque le contrat souscrit entre APICIL PREVOYANCE et l'adhérent prévoit un choix d'options de cotisation pour le participant de type Isolé/Couple/Famille ou Adulte/Enfant, chaque participant peut modifier son choix initial selon les conditions et modalités suivantes :

- Le choix d'options de cotisation formulé par le participant lors de son affiliation ne peut être modifié qu'au 1er janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

Ce changement d'option (augmentation ou diminution de cotisations) n'est possible qu'une seule fois au cours de la période d'affiliation du participant.

- Lorsqu'un changement intervient dans la situation de famille du participant (mariage, naissance, décès, divorce, appartenance du conjoint à un contrat obligatoire...), la modification d'option est alors possible en cours d'année. Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives.

Il est rappelé que la couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et de son conjoint ou de son enfant à charge.

Il est rappelé que la couverture « famille » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

### CONTROLES

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

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

### RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

L'Institution de prévoyance est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un participant ou à un ayant droit.

### CONTROLE DE L'INSTITUTION DE PREVOYANCE

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) est située au 61 rue Taitbout 75009 PARIS (Tél : 01.55.50.41.41).

### FAUSSE DECLARATION

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

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'Institution de prévoyance pourra demander l'annulation du contrat. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle. Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution de prévoyance.

### RECLAMATIONS

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

Groupe APICIL  
Service Qualité Client  
38 rue François Peissel  
69300 CALUIRE ET CUIRE

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution de prévoyance, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

### INFORMATIQUE ET LIBERTES

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

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

### QUI BENEFICIE DES REMBOURSEMENTS ?

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

- le participant,
- le conjoint du participant, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- à défaut de conjoint, le concubin du participant à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de moins de 3 mois de domicile commun (facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de sécurité sociale fait foi,
- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui le participant 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 du participant à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés,
  - de moins de 21 ans (chômeurs immatriculés personnellement à la sécurité sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription à l'ANPE à la date des soins et d'une attestation ASSEDIC de non indemnisation),
  - ou jusqu'à la veille de leur 26<sup>ème</sup> 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 la 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 strictement inférieure à 55 % du SMIC,
- les enfants infirmes majeurs du participant, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L. 241 3 du code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),
- les ascendants du participant à charge au sens de la législation de la sécurité sociale,
- les autres personnes à charge du participant reconnues comme ayants droit de celui-ci par la sécurité sociale.

### QUEL EST LE MONTANT DES REMBOURSEMENTS ?

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

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

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

Les garanties de même nature que le participant a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

## QUELQUES PRECISIONS SUR LES PRESTATIONS

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

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

### 1 - L'HOSPITALISATION

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

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

### 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 s'entend par jour dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.

### LIT D'ACCOMPAGNANT

La prestation s'entend par jour dans la limite des frais engagés par bénéficiaire. L'accompagné doit remplir deux conditions cumulatives :

- être obligatoirement un ayant droit au sens du présent contrat,
- et être un enfant de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 70 ans.

### PARTICIPATION MATERNITE

**La prestation ne concerne que les restes à charge** sur des actes effectués lors d'un séjour de maternité, du type péridurale ou césarienne (dépassements d'honoraires non pris en charge par la prestation « Honoraires chirurgicaux »). Les justificatifs à fournir sont la ou les factures ou le reçu d'honoraires.

### 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.

### 3 - L'OPTIQUE ET LE DENTAIRE

#### OPTIQUE

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

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

- les prestations « monture » et « verres adultes » sont limitées à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire,
- et pour les bénéficiaires de moins de 18 ans, les prestations « monture » et « verres enfants » sont limitées à deux paires de lunettes par an et par bénéficiaire.

Sous réserve d'acceptation par « APICIL Santé Conseil », un deuxième remboursement de paire de verres reste possible au cours de la même année, et quel que soit l'âge du bénéficiaire, dans le cas d'une évolution de la vue nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande. Le motif « casse » ne donne pas lieu à une 2<sup>ème</sup> participation pour un adulte (plus de 16 ans). Pour les contrats dont la garantie des verres est exprimée en « frais réels », le remboursement intégral des verres est soumis à l'accord préalable d'APICIL Santé Conseil.

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

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

#### 1. si application du système Noémie

Pour les lunettes faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale, le bénéficiaire devra envoyer à APICIL PREVOYANCE 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.

#### 3. Bonus fidélité

Le forfait annuel par bénéficiaire correspondant à la monture sera majoré de 20 % en cas de non consommation de la prestation Optique (verres et/ou montures) au cours des deux années civiles d'adhésion précédant cette majoration. Les conditions d'octroi de ce bonus sont comptabilisées à compter du 1er janvier 2007.

Pour la garantie « PRIMO », une majoration de 20 % s'applique dans les mêmes conditions au forfait intitulé « paire de lunettes ».

#### DENTAIRE

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

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

La rubrique « prothèses dentaires » non prises en charge par la Sécurité Sociale concerne exclusivement les piliers de bridge et les couronnes céramo-céramiques (TNA).

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

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

### 4 - LES PRESTATIONS ELARGIES

#### FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

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

#### MATERNITE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais liés aux amniocentèses non pris en charge par la Sécurité Sociale et aux fécondations in vitro non prises en charge par la Sécurité Sociale sont remboursés par l'Institution de prévoyance dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros et par an.

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

#### DENTAIRE

Si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations d'implantologie, de parodontologie, de scellements de sillons non pris en charge par la Sécurité Sociale et de patchs blanchissants peuvent être prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

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

#### ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, notre participation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

**Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité Sociale, notre intervention est limitée aux 4 premiers semestres. Pour les travaux de maintien, notre intervention est limitée à une année de contention.**

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire de nous adresser une note d'honoraires détaillée précisant quel est le semestre de traitement concerné (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup>) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

#### 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 diététicien, d'un psychomotricien, d'un psychologue ou d'un podologue. Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances. Il conviendra d'envoyer l'ensemble des justificatifs de ces séances.

#### APPAREILLAGES NON REMBOURSES

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est remboursée par l'Institution de prévoyance dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire. **Il s'agit uniquement de chambres d'inhalation pour asthmatique et de piles acoustiques.**

#### VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par l'Institution de prévoyance dans la limite d'un forfait qui 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

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

En cas d'interruption de la cure du fait du bénéficiaire avant la fin de la date déterminée par la Sécurité Sociale, l'allocation sera alors proratisée en fonction du nombre de jours de cure par rapport au nombre de jours attribués par la Sécurité Sociale.

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

#### CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil. **Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire.**

#### ALLOCATION OBSEQUES

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, cette allocation est versée à celui qui a payé la facture des pompes funèbres sur justificatif des dépenses et **dans la limite des frais engagés.**

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

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

#### PREVENTION

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

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

### NOMENCLATURE DENTAIRE APICIL (TNA)

Janvier 2009

CONCERNE LES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (pas d'accord, ni de refus) listés ci-dessous :

TRAVAUX DENTAIRES	BASES DE REMBOURSEMENT pour le calcul de nos prestations
Pilier de bridge	64,5 €
Couronne céramo-céramique	107,5 €
Orthodontie :	193,5 € par semestre
- traitement actif (dans la limite des 4 premiers semestres)	
- contention (hors gouttière) (pour un an de contention)	161,25 €

