

APICIL PROFIL'R Particuliers

Contrat collectif valant notice d'information

Contrat Collectif d'Assurance n° M-035 (convention n° 04-035)
Souscrit le 01/12/2016 par :

APICIL UPESE Association, association Loi de 1901, sise 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire
Ci-après dénommée « le souscripteur »

Auprès de :

MICILS, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité et immatriculée sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé au : 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire
Ci-après dénommée « la Mutuelle »

TITRE 1 : AFFILIATION	3
Article 1 – MEMBRES PARTICIPANTS	3
Article 2 - QUI INTERVIENT AU CONTRAT ?	3
Article 3 - ADMISSION - DATE D'ADHESION	4
Article 4 - RESILIATION DE L'ADHESION	4
Article 5 - MODIFICATION DU CONTRAT	4
Article 6 - TERRITORIALITE	4
TITRE 2 : COTISATIONS	5
Article 7 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS	5
Article 8 - DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
TITRE 3 : PRESTATIONS	5
Article 9 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS	5
GAMME DYNAMIQUE	5
GAMME JUNIORS	6
GAMME SENIORS	7
Article 10 - FAIT GENERATEUR	8
Article 11 - INDUS	8
Article 12 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS	8
Article 13 - DETAIL DES PRESTATIONS	9
13-1 JUSTIFICATIFS	9
13-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE	9
13-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR	9
13-4 DETAIL	9
Article 14 – DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	13
Article 15 - CONTRAT RESPONSABLE	15

Article 16 - EXCLUSIONS	15
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES	16
Article 17 - QU'ENTENDONS-NOUS PAR ?	16
Article 18 - PRESCRIPTION	16
Article 19 - CONTROLES	16
Article 20 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	16
Article 21 - CONTROLE DE LA MUTUELLE	17
Article 22 - FAUSSE DECLARATION	17
Article 23 - RECLAMATIONS MEDIATION	17
Article 24 - INFORMATIQUE ET LIBERTES	17
Article 25 - DROIT A RENONCIATION	17
Article 26 - DEMARCHAGE DE L'ASSURE	17

OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, des bénéficiaires, 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.

TITRE 1 : AFFILIATION

Article 1 – MEMBRES PARTICIPANTS

APICIL PROFIL'R Particuliers est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par APICIL UPESE ASSOCIATION auprès de la Mutuelle MICILS.

Il a pour objet de garantir le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux exposés par ou pour les Bénéficiaires (ci-après dénommés « membres participants ») dans la limite des garanties et des niveaux choisis, indiqués sur le Certificat d'adhésion.

Article 2 - QUI INTERVIENT AU CONTRAT ?

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

La Mutuelle : MICILS.

L'Adhérent : personne physique, membre d'APICIL UPESE ASSOCIATION, domiciliée en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

Le Bénéficiaire : personne physique et ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Peuvent avoir la qualité de bénéficiaire :

- l'adhérent, également appelé le membre participant,
- le conjoint du membre 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 membre 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 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 membre 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 membre 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 Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation Pôle Emploi de non indemnisation), ou jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures sous réserve de la production d'un certificat de scolarité d'études supérieures. Lorsque ces bénéficiaires arrêtent leurs études, ils sont garantis jusqu'au 31 décembre sans que la garantie puisse aller au-delà du 26^{ème} anniversaire,

Dans tous les cas, les enfants en contrat de formation seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55 % du SMIC.

- les enfants infirmes majeurs du membre participant, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge du membre participant au sens de la législation fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),

- les ascendants du membre participant à charge fiscale ou au sens de la législation de la Sécurité sociale,

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

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

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

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties doit être notifiée à la Mutuelle.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

Article 3 - ADMISSION - DATE D'ADHESION

a) Conditions d'admission

Age à l'adhésion : Se référer aux conditions d'admission spécifique aux différentes gammes : JUNIORS, SENIORS et DYNAMIQUE décrites à l'article 9.

Lors de l'adhésion, le membre participant doit remplir et signer un Bulletin d'adhésion.

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

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du Bulletin d'adhésion signé et à la fourniture des pièces justificatives demandées.

Pour les contrats souscrits via internet, l'ouverture des garanties peut n'être que d'un mois si, après paiement par carte bancaire en ligne du premier mois de sa cotisation, l'internaute ne souhaite pas aller au-delà.

b) Date d'effet – renouvellement de l'adhésion

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du Bulletin d'adhésion ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin d'adhésion.

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

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

Article 4 - RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion prend fin :

- en cas de résiliation par l'Adhérent, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.
- dès que l'Adhérent cesse d'appartenir aux personnes assurables
- à la date d'effet de l'adhésion à un contrat d'assurance ACS
- en cas de non-paiement de la cotisation conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité.

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

Les Bénéficiaires autres que le membre participant cessent de pouvoir bénéficier de l'adhésion dès qu'ils cessent de remplir les conditions pour être assurables.

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

Article 5 - MODIFICATION DU CONTRAT

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

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

Article 6 - TERRITORIALITE

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

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

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

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

Pour tout changement de domicile, le membre participant doit informer la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception de son changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

TITRE 2 : COTISATIONS

Article 7 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont calculées en tenant compte du niveau ou formule de garanties souscrites, de la zone géographique de résidence et de l'âge du membre participant et de ses bénéficiaires atteint au 31 décembre de chaque année.

Elles correspondent à l'âge atteint par le membre participant (l'assuré principal) et ses bénéficiaires éventuels au 31 décembre de l'année en cours.

Les cotisations sont payables annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

Le prélèvement automatique est obligatoire si l'Adhérent opte pour un paiement mensuel.

En cas de modification du foyer en cours de contrat (par exemple : naissance d'un enfant, décès du membre participant ou d'un ayant droit, etc...) le montant des cotisations s'en trouvera modifié à compter de l'événement qui y donne naissance, sur présentation des justificatifs.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, de la législation fiscale ou sociale. En cas de modification de ses droits et obligations, le membre participant dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du code de la mutualité.

Les cotisations évoluent selon deux paramètres :

- en fonction de l'évolution de l'âge du membre participant et de ses bénéficiaires.
- en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) et des résultats du contrat.

Article 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet. Le membre participant sera alors directement informé de la suspension des garanties.

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

TITRE 3 : PRESTATIONS

Article 9 - CHOIX DU NIVEAU DES PRESTATIONS

9-1-1 Principe

L'Adhérent choisit son niveau de garanties.

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

La formule choisie est notifiée sur le Bulletin d'adhésion. **Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.**

9-1-2 Garanties de dépenses médicales

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

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

Certains remboursements sont plafonnés conformément au tableau des garanties.

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

GAMME DYNAMIQUE

a) Conditions d'admission

Le membre participant doit être âgé au minimum de seize ans.

L'âge maximum à l'adhésion est variable en fonction du niveau sélectionné :

- Niveau 0 : pas de limitation d'âge à l'adhésion.
- Niveaux 1 à 2 compris : 85 ans inclus.
- Niveaux 3 à 8 compris : 79 ans inclus.

b) Sélection des garanties

L'Adhérent choisit ses garanties parmi les niveaux qui lui sont proposées lors de l'adhésion.

Il est également possible :

- de compléter le niveau sélectionné en souscrivant le module « PRESTATIONS DE CONFORT » du niveau de garanties sélectionné.

Si l'Adhérent est âgé de moins de 50 ans au moment de l'adhésion, les prestations de confort JEUNES/FAMILLE lui seront accessibles.

Si l'Adhérent est âgé de 50 ans et plus au moment de l'adhésion, les prestations de confort SENIORS lui seront accessibles.

- de renforcer les postes Optique et/ou Dentaire. Dans ce cas, les prestations seront renforcées avec les garanties du niveau immédiatement supérieur sur la gamme.

Attention :

- **Le choix du module « PRESTATIONS DE CONFORT » se fait au moment de l'adhésion, il est impossible de le supprimer en cours d'adhésion.**

- **En cas de suppression d'un renfort, il sera ensuite impossible de le re-souscrire ultérieurement.**

Lors de l'adhésion :

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

- Le niveau choisi est notifiée sur le Bulletin d'adhésion. Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

c) Cotisations

- Le mode de cotisation proposé est une cotisation « à la tête ».

- Le 3^{ème} enfant et les suivants sont couverts gratuitement.

- Les enfants peuvent être couverts jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire.

c) Ajout ou suppression de bénéficiaire(s)

La modification du nombre de bénéficiaire(s) peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

d) Modification de formule de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve :

- **d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous),**
- **que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification.**
- **que les limites d'âge d'accès aux garanties soient respectées lors de la modification de la garantie.**

Il est possible de changer de garantie en augmentant la garantie de 1 ou 2 niveaux ou en réduisant la garantie d'un ou plusieurs niveaux.

En cas d'augmentation de la garantie de un niveau seulement ; en passant par exemple du niveau 3 à 4, concernant les plafonds en prothèses dentaires, le membre participant conserve l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

Attention cependant : le membre participant perd le bénéfice de l'antériorité concernant les plafonds de prothèses dentaires et se voit appliquer le plafond de la première année du nouveau niveau dans les 3 cas suivants :

- **en cas d'augmentation de la garantie d'un niveau et la souscription simultanée d'un renfort Dentaire ;**
- **en cas d'augmentation de garantie de plus d'un niveau ;**
- **en cas de modification de garantie consistant à aller d'un niveau de gamme DYNAMIQUE vers une formule des gammes JUNIORS ou SENIORS.**

Il est également possible de changer de PRESTATIONS DE CONFORT (JEUNES/FAMILLE vers SENIORS) au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve :

- d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous),
- que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification.
- que le membre participant ait l'âge requis (50 ans au moins) pour en bénéficier.

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

En cas de réduction de garanties, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire,
- Naissance /Adoption.

GAMME JUNIORS

a) Conditions d'admission

Le membre participant et son conjoint le cas échéant, doit être âgé :

- au minimum de 16 ans,
- au maximum de 26 ans inclus.

b) Sélection des garanties

L'Adhérent choisit sa formule de garanties parmi celles qui lui sont proposées lors de l'adhésion.

Il est également possible de compléter la formule sélectionnée en souscrivant le module « PRESTATIONS DE CONFORT » prédéfini sur la formule.

Attention :

Le choix du module « PRESTATIONS DE CONFORT » se fait au moment de l'adhésion, il est impossible de le supprimer en cours d'adhésion.

Lors de l'adhésion :

- Les prestations garanties de ces différentes formules sont définies dans l'annexe « Tableau des garanties ».
- La formule choisie est notifiée sur le Bulletin d'adhésion. Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

c) Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation « à la tête ».

Les enfants ne sont pas couverts sur la gamme JUNIORS.

d) Ajout de bénéficiaire(s)

Particularité : Naissance/Adoption

L'enfant n'étant pas couvert sur la gamme JUNIORS, le membre participant pourra demander son adhésion à une autre garantie de la gamme PROFIL'R Particuliers permettant l'accueil des enfants, accompagnées des pièces justificatives (certificat de naissance).

Dans ce cas, les nouvelles garanties s'appliquent immédiatement.

e) Modification de formule de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve :

- **d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous),**
- **que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification.**
- **que les limites d'âge d'accès aux garanties soient respectées lors de la modification de la garantie.**

La modification de garantie consistant à aller d'une formule de la gamme JUNIORS vers une autre formule de la gamme JUNIORS n'atteint pas l'antériorité acquise sur les plafonds en prothèses dentaires (conservation de l'antériorité).

En cas de modification de garantie consistant à aller d'une formule de la gamme JUNIORS vers un niveau de la gamme DYNAMIQUE, concernant les plafonds de prothèses dentaires, le membre participant perd le bénéfice de l'antériorité et se voit appliquer le plafond de la première année du nouveau niveau.

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

En cas de réduction de garantie, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire.
- Naissance /Adoption.

GAMME SENIORS

a) Conditions d'admission

Le membre participant, et son conjoint le cas échéant, doit être âgé :

- au minimum de 50 ans.

b) Sélection des garanties

L'Adhérent choisit son niveau de garanties parmi les formules qui lui sont proposées lors de l'adhésion.

Il est également possible de compléter la formule sélectionnée en souscrivant le module « PRESTATIONS DE CONFORT » prédéfini sur la formule.

Attention :

Le choix du module « PRESTATIONS DE CONFORT » se fait au moment de l'adhésion, il est impossible de le supprimer en cours d'adhésion.

Lors de l'adhésion :

- Les prestations garanties de ces différents niveaux sont définies dans l'annexe « Tableau des garanties ».
- La formule choisie est notifiée sur le Certificat d'adhésion. Ce choix vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.

c) Cotisations

Le mode de cotisation proposé est une cotisation « à la tête ».

- le 3^{ème} enfant et les suivants sont couverts gratuitement.
- les enfants peuvent être couverts jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire.

d) Ajout ou suppression de bénéficiaire(s)

La modification du nombre de bénéficiaire(s) peut donner lieu à l'émission d'un bordereau rectificatif de cotisations.

e) Modification de formule de garanties en cours d'adhésion

Le changement de niveau de garanties (à la hausse ou à la baisse) est possible au 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve :

- **d'en faire la demande avant le 31 octobre (hors modification de situation de famille du membre participant telle que décrite ci-dessous),**
- **que le membre participant paie la cotisation correspondante au nouveau niveau de garanties et que la Mutuelle accepte la modification.**
- **que les limites d'âge d'accès aux garanties soient respectées lors de la modification de la garantie.**

La modification de garantie consistant à aller d'une formule de la gamme SENIORS vers une autre formule de la gamme SENIORS n'atteint pas l'antériorité acquise sur les plafonds en prothèses dentaires (conservation de l'antériorité).

En cas de modification de garantie consistant à aller d'une formule de la gamme SENIORS vers un niveau de la gamme DYNAMIQUE, concernant les plafonds de prothèses dentaires, le membre participant perd le bénéfice de l'antériorité et se voit appliquer le plafond de la première année du nouveau niveau.

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

En cas de réduction de garanties, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur sauf exceptions listées ci-après :

- Mariage/divorce, pacte civil de solidarité, mise en concubinage ou Décès,
- Changement de situation professionnelle du conjoint entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat groupe obligatoire.
- Naissance /Adoption.

Article 10 - FAIT GENERATEUR

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

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

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

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

Article 11 - INDUS

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

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

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

Article 12 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile, sauf pour les lunettes ou sauf pour les plafonds dentaires (cf articles 13-4 D et 13-4 E).

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

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

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

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

Article 13 - DETAIL DES PRESTATIONS

13-1 JUSTIFICATIFS

Les justificatifs qui seront adressés à MICILS devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli). Le membre participant peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations). En tout état de cause, MICILS pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

Certains soins doivent avoir fait l'objet d'un devis préalable pour être remboursés de la part de la Mutuelle.

Pour connaître les soins concernés, il convient également de se reporter au tableau de garanties.

13-2 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8) ou de tout autre dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, tels que l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM), en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérents à ce type de dispositif (CAS ou OPTAM)).

13-3 PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR

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

13-4 DETAIL

13-4 A Soins médicaux courants

CONSULTATIONS ET VISITES DE MEDECINS GENERALISTES OU SPECIALISTES

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat d'accès aux soins.

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

13-4 B Pharmacie

Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale, sauf si prévu au barème de garanties (sélection des « PRESTATIONS DE CONFORT »).

13-4 C Hospitalisation

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

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

FORFAIT JOURNALIER

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

Sont exclus :

- les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)
- les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.

HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire de nous adresser le reçu d'honoraires du praticien.

Attention : le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

ACTES LOURDS

La participation forfaitaire de 18 euros (qui s'applique aux actes et frais dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60) est prise en charge par le présent contrat.

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

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

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à :

- **30 jours pour les séjours en psychiatrie,**
- **180 jours pour toutes autres hospitalisations.**

NUITEE D'ACCOMPAGNEMENT

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

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

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.

TELEVISION ET TELEPHONE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, celle-ci intervient au-delà du quinzième jour d'hospitalisation. Elle s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire dans la limite d'un forfait maximum en euros.

13-4 D Optique

Devis obligatoire

Lors de chaque renouvellement d'équipement, le membre participant pourra opter :

- soit pour la formule « Sélection Actil Zéro reste à charge »,
- soit pour la prise en charge classique prévue au tableau de garantie.

Quelle que soit l'option choisie, le devis est obligatoire pour qu'il y ait un remboursement sur la base des forfaits proposés. En l'absence de devis, seul le ticket modérateur sera remboursé.

Les opticiens ont accès au portail Actil pour établir le tiers payant sur les verres et monture. Toute demande de remboursement via ce portail génère automatiquement un envoi de devis auprès de MICILS.

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

Formule Sélection Actil

Actil (le prestataire de MICILS en matière de tiers payant) a signé des conventions avec des professionnels de santé afin de pouvoir proposer des verres « Zéro reste à charge » au membre participant ou ses ayants droit. Cette convention est à disposition de tous professionnels.

Les professionnels signataires de ces conventions se sont engagés à proposer des packs comprenant des verres issus de verriers sélectionnés ainsi que des corrections et des traitements prédéfinis selon le pack et selon une grille tarifaire acceptée par le professionnel de santé.

Les principaux traitements inhérents aux formules Sélection Actil :

- Antireflets : Intérêt esthétique pour réduire les reflets sur les verres. Ce traitement est notamment utile pour le travail sur écran ou la conduite de nuit
- Durci ou anti-rayure : Préviend l'apparition de micro rayures (pas utile pour les enfants dans la mesure où ils changent les verres régulièrement)
- Aminci : Indice d'amincissement du verre. Ce traitement est utile à partir d'une correction de 2 dioptries ou plus.

Les formules « Sélection Actil » correspondent aux besoins de plus de 90 % des corrections comprenant un cylindre <2 et une sphère comprise entre -6 et +6 dioptries.

Lorsque les besoins du membre participant rentrent dans les critères retenus et qu'il a recours à l'un de ces professionnels de santé, il n'aura aucun frais à avancer lors de l'achat des verres.

A l'inverse, lorsqu'il aura besoin d'une correction particulière, la Mutuelle lui remboursera sur la base des limites prévues au contrat.

Sauf disposition figurant sur le tableau des garanties :

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

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

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

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

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,

- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

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

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

- **Les verres dits « simples » ou « à simple foyer »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.

- **Les verres dits « complexes »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

- **Les verres dits « hyper complexes »** correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe
- ou d'un verre simple et d'un verre hyper complexe
- ou d'un verre complexe et d'un verre hyper complexe

Particularités des opticiens partenaires d'ACTIL.

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

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

LENTILLES

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

CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL

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

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

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

13-4 E Dentaire

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

Ce devis est obligatoire dès lors que la facture des travaux dépasse un montant figurant sur le tableau des garanties. En l'absence de devis préalable envoyé à la Mutuelle, le remboursement sera limité au ticket modérateur.

La prise en charge totale ou partielle des dépenses engagées qui en découle sera effective sous réserve de l'accord exprès et préalable de la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES ET INLAYS ONLAYS

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

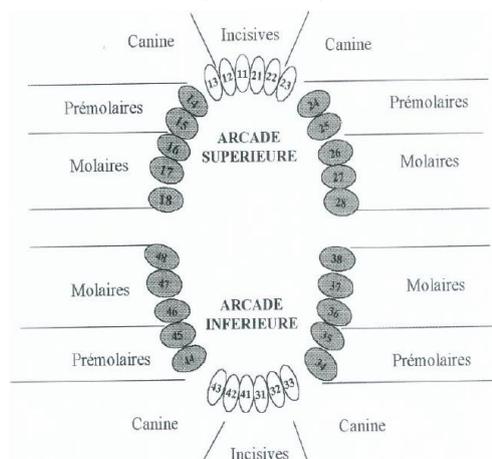
PARODONTOLOGIE, SCHELEMENT DES SILLONS, PATCHS BLANCHISSANTS

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

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

PROTHESES

Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles. Les dents visibles sont les incisives, les canines et premières prémolaires.



Les dents non visibles telles que les molaires et les deuxièmes prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

PROTHESES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

La rubrique « prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale » concerne exclusivement les bridges composés de deux piliers de bridge et d'un intermédiaire de bridge.

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

ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

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

Cette prestation ne concerne que les seuls assurés de plus de 16 ans.

Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, notre intervention, qui se fait sur une base de remboursement reconstituée (on fait comme si il y avait eu une prise en charge de la Sécurité sociale), est limitée aux 4 premiers semestres. Pour les travaux de maintien, notre intervention est limitée à une année de contention.

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

PLAFOND DE PRISE EN CHARGE : PROTHESES DENTAIRES PRISES EN CHARGE OU NON PAR LA SECURITE SOCIALE

Si le plafond est prévu au tableau de garanties : il est alloué en fonction du niveau choisi et s'apprécie par an (de date à date) et par bénéficiaire.

Le plafond dentaire est calculé de la manière suivante :
- 1^{ère} année : date d'adhésion + 12 mois
- 2^{ème} année : date d'adhésion + 24 mois

IMPLANTOLOGIE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire, avec un plafond annuel d'implants.

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (piliers sur implant, faux moignons, scanner en 3D, frais de salle) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

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

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

13-4 F Appareillage

GRAND APPAREILLAGE

Il s'agit par exemple de fauteuils roulants etc...

La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale **et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait annuel en euros supplémentaire.**

PETIT APPAREILLAGE

Il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires etc...

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

APPAREILLAGE AUDITIF

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

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un **forfait annuel en euros supplémentaire par oreille tous les 2 ans.**

Une limite maximum d'un équipement (2 oreilles) est prévue tous les 2 ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre équipement supplémentaire dans ce délai de 2 ans en cas de modification de leur audition.

13-4 G Prévention

KIT CONFORT

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un podologue, d'un étio-pathe, d'un chiropracteur, d'un diététicien, d'un psychomotricien ou d'un psychologue.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

Ces séances seront prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

SEVRAGE TABAGIQUE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Sont concernés tous les substituts nicotiques. Il peut s'agir de gommes à mâcher, de patchs anti-tabac ou de cigarettes électroniques.

Il peut s'agir aussi de séances d'acupuncture ou d'hypnose dès lors qu'elles ont pour finalité le sevrage tabagique (dans ce cas la facture devra le préciser).

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle 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.

PREVENTION

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

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

13-4 H Maternité - Contraception

ALLOCATION MATERNITE

Cette allocation est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Elle est payée aussi en cas d'adoption. Il convient de nous adresser une copie du livret de famille, un acte de naissance ou un jugement d'adoption plénière.

MATERNITE (PROTOCOLES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE)

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais liés aux amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale ainsi qu'aux fécondations in vitro non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros et par an.

Pour les fécondations in vitro (FIV), la prestation est limitée à 2 FIV par an.

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

13-4 I Pack Allocations

CURE THERMALE

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

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

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

COMPLEMENT EQUIPEMENTS POST CANCER

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, et sitôt les séances de rayon ou de chimiothérapie prescrites, le membre participant bénéficie d'une allocation déclenchée sur facture pour faire face aux dépenses en lien avec sa pathologie en vue de l'amélioration de son confort :

Ces prestations portent exclusivement sur un complément de prothèses capillaires, un complément de prothèses mammaires et l'achat de lingerie post mastectomie.

Article 14 – DELAI ET MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle règle ses prestations frais de santé par virement sur votre compte bancaire ou postal :

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

PIECES A FOURNIR

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

NB : Veuillez à préciser votre numéro client ou votre numéro de Sécurité sociale sur chaque correspondance.

**Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou
effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie,
notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.**

Article 15 - CONTRAT RESPONSABLE

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

Il prévoit des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

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

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

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 II du code de la Sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 III du code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le membre participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable (soit à titre indicatif au minimum 8 euros),
- la majoration de la participation supportée par le membre participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

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

De plus, MICILS s'engage à permettre aux membres participants de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

Article 16 - EXCLUSIONS

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),

- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part et, d'autre part, la date d'entrée du membre participant dans le groupe assuré (embauche - promotion) et la date de sortie (démission, licenciement ou fin de portabilité des droits) ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.

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

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

- les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie,
- le forfait journalier résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale,
- le forfait journalier résultant d'une admission dans un établissement médico-social (tel qu'une maison d'accueil spécialisée [MAS], un EHPAD, ESAT, un centre ou un institut pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...).

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

TITRE 4 : **DISPOSITIONS** **DIVERSES**

Article 17 - QU'ENTENDONS-NOUS PAR ?

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

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

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

Certificat d'adhésion : document, en deux exemplaires, signé par la Mutuelle, dont un exemplaire est remis à l'Adhérent et précisant les dispositions particulières de l'adhésion. L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du certificat d'adhésion signé et à la fourniture des pièces justificatives demandées.

Pour les contrats souscrits via internet, l'ouverture des garanties peut n'être que d'un mois si, après paiement par carte bancaire en ligne du premier mois de sa cotisation, l'internaute ne souhaite pas aller au-delà.

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

Age du Bénéficiaire : l'âge du Bénéficiaire pris en compte pour le calcul des cotisations est l'âge atteint au 1^{er} janvier.

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

Par an et par bénéficiaire : 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.

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

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

Régime obligatoire : régime légal français de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le Bénéficiaire.

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

Article 18 - PRESCRIPTION

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article 19 - CONTROLES

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

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

Article 20 - RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

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

Article 21 - CONTROLE DE LA MUTUELLE

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

Article 22 - FAUSSE DECLARATION

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

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

Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

En cas de fausse déclaration, même en cours d'exécution du contrat, en cas de fraude ou de tentative de fraude, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Article 23 - RECLAMATIONS MEDIATION

23-1 Réclamations

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

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

23-2 Médiateur

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

La saisine se fait par courrier à l'adresse suivante :

Adresse du médiateur de la Mutuelle :

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

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

Article 24 - 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 MICILS et sont nécessaires au traitement des dossiers.

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

Article 25 - DROIT A RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat jusqu'à 30 jours calendaires révolus après réception de votre Certificat d'Adhésion. Dans ce cas, vous serez remboursés, dans les 20 jours qui suivent, des cotisations déjà perçues par l'Assureur.

Pour cela, vous devez le notifier à l'Assureur par lettre recommandée, selon le modèle ci-après :

"Je soussigné (nom, prénom, adresse, téléphone), déclare renoncer à mon adhésion au contrat PROFIL'R Particuliers référencé (numéro de contrat) du (date). Aussi, je vous prie de bien vouloir annuler cette adhésion et me rembourser l'intégralité des cotisations versées. Date et signature."

Article 26 - DEMARCHAGE DE L'ASSURE

Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entre pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).