

Convention collective régionale

IDCC : 642. – **TISSAGES DE LA SOIERIE DU SUD-EST**
(Ouvriers)

(7 janvier 1972)

(Etendue par arrêté du 1^{er} juin 1973,
Journal officiel du 24 juin 1973)

AVENANT DU 7 JUILLET 2008

À L'ACCORD DU 22 DÉCEMBRE 2006 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : *ASET0950466M*

IDCC : *642*

PRÉAMBULE

Les évolutions issues de la législation sociale, d'une part, et les demandes exprimées par les entreprises de la branche, d'autre part, conduisent à la rédaction de cet avenant qui précise les modalités applicables au 1^{er} janvier 2008.

Article 1^{er}

Les notices d'information « NI CCNTEX07 Prev » et « NI CCNTEX07 santé » sont annexées au présent avenant. Ces notices ont été rédigées à l'attention de tous les salariés de la branche ; elles font référence aux garanties du contrat signé suite à l'accord paritaire de branche et en précise les termes et les conditions particulières.

Le règlement de l'institution présente les conditions générales en ce qui concerne les régimes complémentaires de prévoyance et santé ; ce règlement ne précise pas les conditions spécifiques et particulières aux contrats souscrits auprès d'Apicil Prévoyance.

Article 2

Pour respecter les dispositifs prévus dans le cadre de la loi Fillon et éviter aux entreprises le surcoût lié aux charges sociales qui pèsent sur les cotisa-

tions afférentes aux prestations forfaitaires, il a été décidé de modifier le libellé des garanties maternité et cures thermales qui deviennent :

« Maternité :

100 % des frais restant à charge après intervention de la sécurité sociale et dans la limite de 6,5 % du PMSS pour le premier enfant ou le deuxième enfant et 13 % PMSS à partir du troisième enfant.

Cures thermales :

100 % des frais restant à charge après intervention de la sécurité sociale et dans la limite de 10 % du PMSS.

Pour ces actes il sera nécessaire de produire les justificatifs des dépenses. »

Article 3

Le régime frais de santé conventionnel est par ailleurs aménagé pour offrir le bénéfice de la garantie aux enfants de l'assuré qui sont étudiants, et ce jusqu'à leur 26^e anniversaire.

Les enfants devront pouvoir justifier de leur affiliation au régime de la sécurité sociale des étudiants.

Cette extension de bénéficiaires n'entraîne pas de surcoût sur la cotisation initiale.

Article 4

La garantie « acte de spécialité » est ajoutée à l'ensemble des garanties sans surcoût en termes de cotisations. La prestation versée par l'organisme assureur est de 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Article 5

Il est précisé que, à compter du 1^{er} janvier 2008 et de la mise en application des franchises médicales, toutes les dispositions prévues par la loi et ses textes d'application et relatifs au contrat responsable sont respectées par le contrat.

Ainsi le caractère responsable du contrat est validé.

Article 6

Les régimes frais de santé couvrent le salarié et éventuellement son conjoint et ses enfants à charge « au sens de la sécurité sociale » (et les enfants étudiants de moins de 26 ans).

Il est désormais possible d'étendre le bénéfice de la garantie à tous les ayants droit de l'assuré (enfants non à charge et non étudiants, conjoint ou concubin non à charge sociale de l'assuré) moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Le choix de ce mode de cotisation se fait au niveau de l'entreprise.

Article 7

Cet accord sera déposé auprès du ministère du travail et du secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Lyon.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent avenant à l'accord du 22 décembre 2006.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Fédération des tissages de soieries, groupement professionnel au sein d'UNITEX.

Syndicats de salariés :

URSTHC CGT ;

HACUITEX CFDT ;

Tissage, bonneterie, soierie FO ;

CFE-CGC chimie Lyon ;

Union régionale du textile, cuir et habillement CFTC.

Notice d'information Frais de santé

(au sens de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale)
(NI-Textile 01-08)

Cette notice d'information (NI-Textile 01-08) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par votre entreprise auprès d'Apicil Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé 38, rue François-Peissel, à Caluire (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 Prévoyance pour les opérations collectives à adhésion obligatoire 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 non cadres (CDI ou CDD) de l'entreprise affiliés au régime conventionnel de la branche des tissages de soieries ci-après dénommés « assurés ». Il s'agit d'une adhésion à caractère obligatoire.

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 ordinaire ou professionnelle, maternité, accident du travail ou de congé paternité, congé adoption) ;
- à partir de la date d'embauche pour les nouveaux assurés ou de promotion dans la catégorie concernée.

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

Défait de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise, chaque participant sera directement informé ainsi que les instances représentatives du personnel.

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 ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale du participant ou de sa préretraite, avec rupture du contrat de travail.

Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations (pour la part additive salariale du régime facultatif) ;
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé pour 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.
- 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 assuré 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.

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

Territorialité

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 la sécurité sociale. Les remboursements sont effectués en euros.

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

Exclusion des garanties

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Les prestations d'Apicil Prévoyance 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-I du code de la sécurité sociale (1 € au 1^{er} janvier 2006) ;
- 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 l'assuré 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 participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non-respect, par l'assuré ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable ;
- la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels l'assuré ou un ayant droit n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel et/ou à le compléter, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable – 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, 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 ;
- 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 générateur

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

Ainsi, s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale 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 (l'assuré 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 *pro rata 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 2 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 avis de réception.

Contrôles

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 assuré ou à un ayant droit.

Contrôle de l'institution de prévoyance

L'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) est située au 61, rue Taitbout, 75009 Paris (tél. : 01-55-50-41-00).

Fausse déclaration

Les déclarations faites tant par l'adhérent et, le cas échéant, par son conseil que par l'assuré 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 de l'assuré, la garantie accordée à celui-ci est nulle. Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'institution de prévoyance.

Réclamations

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante : Groupe Apicil, Qualité client, BP 238, 38, rue François-Peissel, 69648 Caluire Cedex.

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

Informatique et libertés

Les informations vous concernant sont utilisées conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont destinées à Apicil Prévoyance 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 bénéficie des remboursements ?

Sous réserve de leur affiliation et du paiement des cotisations correspondantes, la garantie frais de santé conventionnelle ou la garantie optionnelle « santé Plus » peuvent concerner :

- l'assuré ;
- le conjoint de l'assuré à charge au sens de la législation de la sécurité sociale, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme ;
- à défaut de conjoint, le concubin de l'assuré à charge au sens de la législation de la sécurité sociale, 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 la sécurité sociale fait foi ;
- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui l'assuré a conclu un Pacs à charge au sens de la législation de la sécurité sociale, 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 la sécurité sociale fait foi ;
- les enfants célibataires de l'assuré à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés, de moins de 21 ans (chômeurs immatriculés personnellement à la sécurité sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription à l'ANPE à la date des soins et

d'une attestation ASSEDIC de non-indemnisation), ou jusqu'à la veille de leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures (ils sont garantis, à compter de la date de rentrée jusqu'au 31 décembre de l'année suivante, sous réserve de la production d'un certificat de scolarité d'études supérieures) ;

- les enfants infirmes majeurs de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge de l'assuré au sens de la législation 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 autres personnes à charge de l'assuré reconnues comme ayants droit de celui-ci par la sécurité sociale.

Extension des bénéficiaires à tous les ayants droit de l'assuré

Moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, l'entreprise peut aussi opter pour l'extension des garanties à la famille au sens large permettant l'accès aux ayants droit de l'assuré, qu'ils soient ou non à charge au sens de la sécurité sociale (conjoint ou concubin immatriculé personnellement, par exemple). Le choix de cette option entraîne l'affiliation de tous les salariés du collège dans cette option.

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 l'assuré ou sa famille a bénéficiés 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 l'assuré 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 précisions sur les prestations

Les justificatifs qui seront adressés à Apicil Prévoyance devront être des documents originaux. En tout état de cause, Apicil Prévoyance pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

Hospitalisation

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

Pour obtenir le remboursement, il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Orthodontie

Lorsque le traitement n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, 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 par la sécurité sociale, ou partiellement pris en charge par cette dernière, notre intervention est limitée aux 4 premiers semestres. Pour les travaux de maintien, notre intervention est limitée à 1 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^e, 3^e ou 4^e) et les dates de début et de fin de semestre ou de l'année de contention.

Optique

La prestation est limitée à 1 paire de lunette par an et par bénéficiaire.

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

1. Si application du système Noémie :

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

Dentaire

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

En cas de non-prise en charge, il convient que le bénéficiaire nous adresse la note d'honoraires détaillée et acquittée.

Cure thermique

Les prestations sont versées en complément de la prestation versée par la sécurité sociale et dans la limite du reste à charge et du maximum fixé par le contrat.

En cas d'interruption de la cure du fait du bénéficiaire avant la fin de la date déterminée par la sécurité sociale, la prestation 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 thermique se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèveront exclusivement de la rubrique hospitalisation.

Maternité

Cette prestation est payée dans la limite du reste à charge après remboursement de la sécurité sociale et sur production des justificatifs de dépense ; elle est limitée au maximum fixé dans le contrat.

Prévention

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 2008

*Concerne les actes non pris en charge par la sécurité sociale
(pas d'accord ni de refus) listés ci-dessous*

Après accord préalable sur devis

(En euros.)

TRAVAUX DENTAIRES	BASE DE REMBOURSEMENT pour calcul des prestations
Pilier de bridge	64,50
Couronne céramo-céramique	107,50
Orthodontie	
- Traitement actif (dans la limite des 4 premiers semestres)	193,50 par semestre
- Contention (hors gouttière) (pour 1 an de contention)	161,25

Notice d'information Prévoyance

(au sens de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale)
(NI-Textile Prev 01-08)

Cette notice d'information (NI-Textile Prev 01-08) vous permettra de connaître les garanties de prévoyance souscrites par votre entreprise auprès d'Apicil Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, et désigné dans l'accord régional du 22 décembre 2006, dont le siège social est situé 38, rue François-Peissel, à Caluire (69300) et ci-après parfois dénommée « l'institution ».

Elle comprend 3 parties :

1. Des généralités communes à toutes les garanties ;
2. Les définitions des garanties ;
3. 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 de l'institution (1) 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 prévoyance.

GÉNÉRALITÉS

Qui est couvert ?

Sont garantis tous les salariés de l'entreprise appartenant à la catégorie de personnel non cadres de votre entreprise (CDI ou CDD), à l'exception des VRP et des travailleurs à domicile et ci-après dénommés « participants ».

Ouverture des garanties

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'accomplissement préalable :

- d'une part, de formalités d'acceptation médicales par les participants à garantir lors de la demande d'adhésion ou d'augmentation des garanties en cours ou lors de toute nouvelle affiliation ;
- d'autre part, de formalités administratives destinées à fournir les éléments constitutifs du dossier individuel de chaque participant intégrant les catégories de personnel visées par l'adhésion.

Une fois ces formalités accomplies, les garanties s'appliquent :

- à partir de la date d'effet du contrat ;
- à partir de la date d'embauche ou de promotion dans la catégorie concernée, pour les nouveaux participants.

(1) Règlement décès, incapacité-invalidité et frais médicaux.

Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise, chaque participant sera directement informé ainsi que les instances représentatives du personnel.

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 ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale du participant ou de sa préretraite, avec rupture du contrat de travail.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, quelle qu'en soit la cause, les prestations périodiques en cours, indemnités journalières et rente d'invalidité sont maintenues, jusqu'à leur échéance normale, au niveau atteint à la date de la résiliation. En toute hypothèse, la revalorisation cesse en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues :

- à la date d'effet de la suspension des garanties pour non-paiement des cotisations (pour la part additive du régime incapacité-invalidité) ;
- à la date de suspension du contrat de travail sans salaire, tels que le congé parental, le congé sabbatique, le congé pour 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.

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

Exclusion des garanties

L'institution couvre tous les risques de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité permanente, à compter de la date d'effet du contrat, quelle qu'en soit la cause, sous les réserves suivantes :

1. Capital décès toutes causes

a) Suicide

Le risque de suicide est couvert pour tout participant sauf lorsque ce dernier est couvert individuellement contre le risque décès et qu'il n'a pas 1 an d'ancienneté dans le régime (collectif et individuel cumulés).

b) Guerre

En cas de guerre mettant en cause l'Etat français, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.

En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, la garantie n'aura d'effet que si le participant n'y prend pas une part active.

c) Nucléaire

Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radio-activité sont exclus.

2. Capital décès accidentel

La garantie décès accidentel est soumise aux mêmes exclusions que la garantie décès toutes causes et aux exclusions suivantes :

- les accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou du participant ;
- l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et d'autres formes de vol libre, la pratique du saut à l'élastique ;
- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;
- la pratique de sports à titre professionnel ;
- l'état d'ivresse : lorsque l'alcoolémie du participant est égale ou supérieure au taux autorisé par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état) ;
- les rixes, sauf cas de légitime défense ;
- l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- l'accident survenu lorsque le participant effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire.

3. Meurtre du participant par le bénéficiaire

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties : décès toutes causes, décès accidentel, rente éducation, rente de conjoint.

4. Incapacité temporaire de travail, invalidité permanente

Ne donnent pas lieu à garanties :

- les accidents et maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel du participant, de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, de rixe, sauf cas de légitime défense, d'attentat ou d'acte de terrorisme, dans lesquels le participant a pris une part active ;
- les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute et d'autres formes de vol libre ;
- les courses, matchs, paris : lorsque le participant prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens ;

- la pratique de sports à titre professionnel ;
- les conséquences d’une maternité non pathologique ;
- les conséquences de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

Prescriptions

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de 2 ans à compter de l’événement qui y donne naissance.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l’incapacité de travail.

Elle est portée à 10 ans, d’une part, pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n’est pas le participant, d’autre part, pour les garanties du risque accident lorsque le bénéficiaire est un ayant droit du participant décédé.

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 avis de réception.

Modification des garanties

En cas de modification des garanties, le participant en arrêt de travail reste couvert sur la base des conditions du contrat en vigueur à la date de l’arrêt de travail.

Contrôle médical

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l’institution peut procéder à un contrôle médical. En cas de refus du participant 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.

La situation médicale du participant peut conduire l’institution à adopter une position différente de celle de la sécurité sociale, par rapport au service des prestations d’incapacité de travail et d’invalidité permanente.

Si le participant n’accepte pas la décision du médecin-conseil de l’institution, il est tenu de la contester dans le délai de 1 mois suivant l’envoi de la notification qui lui en est faite. La contestation peut être soumise à un médecin expert désigné, par accord entre le participant et l’institution, dont les honoraires incomberont à la partie perdante.

A défaut d’accord sur la désignation du médecin expert, il devra y être procédé par recours au tribunal de grande instance de Lyon, statuant en référé.

Traitement de base

Le traitement de base servant au calcul des prestations en cas de sinistre est celui qui a servi d’assiette des cotisations chez l’employeur au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l’interruption du travail, sauf disposition contraire prévue au tableau des garanties.

Si le participant ne compte pas 12 mois civils de présence à temps complet à la date du sinistre, le traitement de base est reconstitué sur une base de 12 mois à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés.

En cas de décès pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base est celui des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation prévu au contrat d'adhésion.

Comment sont revalorisées les prestations ?

Les prestations relatives aux garanties incapacité et invalidité sont revalorisées sur la base de l'augmentation du point de retraite ARRCO.

La première revalorisation s'applique à l'échéance qui suit la première date anniversaire du sinistre.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion, les prestations sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint lors de la résiliation. Elles cessent donc d'être revalorisées.

Enfants à charge

Lorsque le contrat prévoit une majoration de prestation en fonction de votre situation de famille, ou d'une allocation en cas de décès, sont considérés comme à charge :

S'ils sont légitimes, reconnus ou adoptés :

- vos enfants mineurs ;
- vos enfants majeurs, jusqu'à leur 26^e anniversaire, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant. La limite du 26^e anniversaire n'est pas opposable aux enfants invalides dont l'invalidité a été constatée avant leur 21^e anniversaire ;
- vos enfants à naître dans les 300 jours de votre décès ;
- les enfants de votre conjoint, fiscalement à charge pour la détermination du nombre de parts, en vue du calcul de votre impôt sur le revenu.

Recours contre tiers responsable

L'institution 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.

Contrôle de l'institution

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 déclaration

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 se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'institution 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.

Réclamations

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante : Groupe Apicil, Qualité client, 38, rue François-Peissel, BP 238, 69648 Caluire Cedex.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'institution, le différend pourra être soumis au tribunal compétent.

Informatique et libertés

Les informations vous concernant sont utilisées conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont destinées à Apicil Prévoyance 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.

GARANTIE DÉCÈS

Objet de la garantie

La garantie décès a pour objet d'assurer le versement d'un capital au cas où vous décéderiez ou si vous étiez mis en invalidité absolue et définitive.

Montant de la garantie

Le montant du capital seul est fixé au tableau des garanties.

Une majoration du capital en fonction de votre situation de famille existant au jour du décès est également prévue.

En cas de décès au cours d'un même événement, de vous-même et de personnes ouvrant droit à la majoration pour le calcul du capital décès, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé avoir survécu.

Quand êtes-vous considéré en état d'invalidité absolue et définitive ?

Vous êtes en état d'invalidité absolue et définitive si, avant votre 60^e anniversaire :

- vous êtes reconnu invalide de 3^e catégorie par la sécurité sociale ou bénéficiez, au titre de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- et que vous apportez la preuve que vous êtes incapable d'exercer une profession quelconque (et pas seulement la profession que vous exerciez avant votre invalidité) ou de vous livrer à un quelconque travail vous donnant un gain ou un profit (le seul classement en invalidité de 3^e catégorie par la sécurité sociale ne suffit pas).

Le versement du capital met fin à votre garantie capital décès.

A qui est versé le capital en cas de décès ?

Le capital garanti est versé à votre décès :

- en priorité à votre conjoint survivant non divorcé, non séparé ;
- à défaut et à parts égales entre eux, à vos enfants ;
- à défaut et à parts égales entre eux, à vos père et mère vivants ;
- à défaut, à vos héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires.

Cependant, vous gardez la possibilité de faire une désignation différente qui devra être transmise à Apicil Prévoyance en utilisant de préférence le formulaire établi à cet effet par l'institution. Votre désignation de bénéficiaire peut également être effectuée notamment par voie d'acte sous seing privé ou par acte authentique (notaire...).

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez indiquer ses coordonnées afin qu'après votre décès l'institution puisse l'informer de la désignation faite à son profit.

Il est recommandé de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

En cas d'acceptation par le bénéficiaire, la désignation devient en principe irrévocable : vous ne pourrez donc plus modifier cette désignation sans le consentement du bénéficiaire, sauf disposition légale contraire.

Attention, le concubin ou le partenaire titulaire d'un Pacs n'étant pas assimilé au conjoint, il doit être désigné expressément.

Si le bénéficiaire désigné par un participant ayant des enfants à charge n'est ni le conjoint survivant ni ses enfants, ledit bénéficiaire ne saurait en aucun cas recevoir un capital supérieur à celui qui serait versé à raison du décès du participant célibataire.

Dans ce cas, la différence est obligatoirement répartie entre les enfants à charge du participant, nonobstant toute disposition contraire.

De même, si le conjoint survivant n'a pas la garde de la totalité des enfants, il ne peut être versé à ce conjoint survivant que le capital résultant du décès d'un participant marié sans enfant, auquel viendront s'ajouter les majorations pour les enfants dont il a effectivement la charge.

Les majorations pour enfants à charge seront versées au prorata des personnes ayant effectivement la garde des enfants. En cas d'invalidité absolue et définitive, le capital vous est payé directement ou à votre représentant légal.

Décès accidentel

Un capital supplémentaire est versé lorsque votre décès est imputable à un accident, et survient avant votre 65^e anniversaire.

Le décès doit intervenir dans les 6 mois à compter de la date de l'accident.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. Aussi, l'institution n'est pas tenue par la définition de l'accident retenue par la sécurité sociale, notamment en matière d'accident du travail.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel lorsqu'il est survenu à la suite d'une intervention chirurgicale. De même, les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent aux bénéficiaires.

Allocation obsèques

L'allocation obsèques peut être liée à votre décès ou à celui d'un membre de votre famille (conjoint, enfant à charge).

Lorsque cette allocation est exprimée en pourcentage du plafond de la sécurité sociale, c'est le plafond mensuel en vigueur au jour du décès qui est pris en compte.

Pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'allocation versée est limitée aux frais réels engagés.

Elle n'est pas due si vous-même ou votre conjoint venez à décéder après 65 ans.

Longue maladie ordinaire ou professionnelle

En cas de longue maladie, il est versé un capital à l'assuré :

- un montant est prévu si la longue maladie dure entre 7 mois et 12 mois d'arrêt de travail continu ;
- ce montant est doublé si la longue maladie dure plus de 12 mois d'arrêt de travail continu.

Maintien de la garantie décès

Pendant toute la durée d'ouverture du droit aux prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente, les garanties décès, lorsqu'elles sont prévues, sont maintenues sur la base des conditions du contrat en vigueur au jour de l'arrêt de travail dans la mesure où le participant n'a pas d'activité rémunérée pendant le versement des prestations.

Les cotisations ne sont appelées que sur le complément de salaire versé par l'entreprise.

Les garanties décès sont maintenues, en cas de résiliation du contrat d'adhésion, dans les conditions prévues aux articles 2, 7-1 et 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin).

Ainsi, les salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire qui viendront à percevoir des indemnités journalières ou une rente d'invalidité se verront maintenir les garanties décès prévues, jusqu'au terme de leur période d'incapacité ou d'invalidité y compris en cas de rupture de leur contrat de travail ou de résiliation de l'adhésion.

Après résiliation du contrat d'adhésion, la base des prestations en cas de décès cessera d'être revalorisée.

En cas de rupture du contrat de travail du salarié bénéficiaire des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité, les garanties décès maintenues seront celles dont il bénéficiait le jour de la rupture de son contrat de travail.

Il est spécifié expressément que les titulaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail a été rompu antérieurement à l'adhésion auprès d'Apicil Prévoyance ne bénéficient pas du maintien des garanties décès.

Quand constituer un dossier de demande de règlement ?

Les décès doivent être déclarés dans les 3 mois suivant l'événement.

Comment constituer un dossier de demande de règlement ?

Le participant, ou le bénéficiaire, doit fournir à Apicil prévoyance, directement ou par l'intermédiaire de votre entreprise, en fonction des circonstances, différents documents, et notamment :

En cas de décès :

- une déclaration de sinistre ;
- un acte de naissance du décédé ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat de notoriété ou un acte notarié ;
- les justificatifs de paiement des prestations en espèces de la sécurité sociale ;
- une copie du livret de famille tenu à jour ;
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ;
- un certificat médical précisant la cause du décès ;
- les justificatifs des personnes à charge.

En cas d'invalidité absolue et définitive :

- la notification de la décision de la sécurité sociale attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne et la mise en invalidité de 3^e catégorie ;
- les justificatifs des personnes à charge ;
- un certificat médical.

En tout état de cause, l'institution pourra demander toute pièce utile à l'instruction du dossier.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE INVALIDITÉ (GARANTIES OPTIONNELLES)

Objet de la garantie

Si elle a été souscrite par votre entreprise, la garantie incapacité-invalidité a pour objet de vous assurer, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, le versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité en complément des prestations (indemnités journalières, pensions ou rentes) qui vous seront servies par la sécurité sociale. Il est toutefois rappelé que le paiement des prestations par l'institution peut être subordonné à un contrôle médical.

Quand bénéficiez-vous de la garantie ?

Vous bénéficiez de la garantie dès la prise d'effet du contrat ou à partir de votre date d'entrée dans l'entreprise ou de promotion dans la catégorie de personnel visée par l'adhésion.

La garantie cesse :

- si le contrat d'adhésion de l'entreprise est suspendu ou résilié ;
- si votre contrat de travail est suspendu ou rompu ou en cas de passage dans une catégorie de personnel non visée par le contrat ;
- à la date d'effet de la retraite de la sécurité sociale.

Que percevez-vous en cas d'arrêt de travail ?

Incapacité temporaire de travail :

Si par suite de maladie ou d'accident vous deviez cesser votre travail et que vous perceviez des indemnités journalières de la sécurité sociale, nous vous verserions des indemnités journalières complémentaires à l'expiration d'une période de 90 jours d'arrêt de travail continu, appelée franchise.

Les indemnités journalières sont servies tant que dure l'incapacité temporaire de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Invalidité permanente :

En fonction de votre état de santé, la sécurité sociale peut vous reconnaître comme invalide de 1^{re}, 2^e ou de 3^e catégorie.

Les catégories d'invalidité prises en charge ainsi que le montant de la rente d'invalidité, en fonction de la catégorie, sont fixés au tableau des garanties.

La rente est servie tant que dure votre invalidité et que vous percevez une pension d'invalidité de la sécurité sociale.

Elle cesse :

- à la date de liquidation de vos droits au titre de l'assurance vieillesse de la sécurité sociale ;
- et en tout état de cause à votre 60^e anniversaire.

*Dispositions applicables en cas d'accident de travail
ou de maladie professionnelle*

Incapacité temporaire :

Si votre incapacité temporaire résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le montant des prestations que nous vous versons, cumulé avec celui versé par la sécurité sociale, ne peut excéder ce qui vous aurait été versé par ces deux organismes si vous n'aviez pas été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Incapacité permanente :

Le mêmes règles de maximum des prestations s'appliquent en cas d'incapacité permanente.

Lorsque le taux d'incapacité permanente partielle déterminé par le médecin-conseil de la sécurité sociale est égal ou supérieur à 66 %, la prestation que nous vous servons sera un pourcentage du traitement de base.

Si le taux de votre rente est compris entre 33 % et 66 %, notre prestation est de 60 % de la prestation prévue pour une invalidité de 2^e catégorie.

Reprise du travail

Reprise du travail à temps partiel :

Si après avoir bénéficié des indemnités journalières versées par l'institution au titre d'une période d'incapacité totale temporaire, et à condition que le service des prestations en espèces de la sécurité sociale lui soit maintenu, le participant reprend une activité rémunérée à temps partiel, le montant desdites indemnités journalières est diminué à due concurrence.

Reprise du travail, rechute :

Tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou à un accident ayant déjà donné lieu à paiement des indemnités journalières complémentaires et survenant dans un délai maximum de 2 mois suivant la reprise du travail, est considéré comme une rechute.

Aucune franchise, en dehors de celle éventuellement pratiquée par la sécurité sociale, n'est alors appliquée et le versement des prestations reprend sur les mêmes bases qu'avant ladite reprise du travail.

Une rechute survenant plus de 2 mois après la reprise du travail est considérée comme un nouvel accident ou une nouvelle maladie et la franchise est à nouveau applicable.

Cumul

Le total de la rémunération perçue de l'employeur, des prestations versées par la sécurité sociale, par les ASSEDIC et des prestations complémentaires servies par l'institution ne peut excéder le traitement de base, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités ou rente complémentaires.

S'il n'en était pas ainsi, les prestations servies par l'institution seraient alors réduites à due concurrence.

En tout état de cause, un participant ne pourra percevoir pendant ces périodes de cessation d'activité plus que son traitement de base net éventuellement revalorisé.

Comment et à qui sont payées les prestations ?

Les indemnités journalières complémentaires sont versées sur présentation des décomptes justificatifs de paiement de la sécurité sociale et pour les périodes correspondant aux décomptes qui nous sont adressés.

Elles sont versées à votre entreprise pendant toute la durée de votre contrat de travail. Après la rupture du contrat de travail, elles vous sont réglées directement.

La rente complémentaire d'invalidité vous est versée directement, sur présentation de la notification d'invalidité de la sécurité sociale et du justificatif de paiement de cet organisme.

Elle est payée mensuellement à terme échu avec un prorata d'arrérages au décès.

Quand constituer un dossier de demande de règlement ?

Les sinistres incapacité de travail, invalidité doivent être déclarés dès la fin de la période de franchise prévue au contrat d'adhésion et, au plus tard, dans les 60 jours qui suivent.

Passé ce délai, le service des prestations périodiques prendra effet à la date de la déclaration du sinistre.

Comment constituer un dossier de demande de prestations ?

En cas d'arrêt de travail, votre entreprise doit remplir un imprimé « déclaration de sinistre », qui doit nous être adressé dès la fin de la période de franchise et, au plus tard, dans les 60 jours qui suivent.

Sur cet imprimé sont mentionnées les pièces que vous devez fournir pour constituer votre dossier, et notamment les décomptes d'indemnités journalières de la sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail, un certificat médical et la notification d'une pension ou d'une rente de la sécurité sociale.

Régime complémentaire frais médicaux

Garanties 2008

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
Soins médicaux courants <ul style="list-style-type: none"> - Analyses médicales - Auxiliaires médicaux - Appareillages (orthopédie...) - Appareillages auditifs - Radio, électroradiologie - Actes de spécialité - Pharmacie - Consultations et visites - Transport 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BR-RSS 100 % BR-RSS 90 % FR-RSS (maxi 100 % RSS) 10 % PMSS 100 % BR-RSS 100 % BR-RSS 100 % BR-RSS 100 % BR-RSS 100 % BR-RSS
Hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> - Frais de séjour conventionnés - Frais de séjour non conventionnés - Chambre particulière - Honoraires conventionnés - Honoraires non conventionnés - Forfait journalier hospitalier - Maison de repos 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % FR-RSS 90 % FR-RSS (maxi 100 % RSS) 100 % des tarifs préfectoraux Maxi 100 % RSS 90 % FR-RSS (maxi 100 % RSS) 100 % FR 100 % FR-RSS (maxi 0,40 % PMSS/jour)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
Dentaire (actes hors nomenclature exclus) <ul style="list-style-type: none"> - Soins dentaires - Prothèses dentaires <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la sécurité sociale - non prises en charge par la sécurité sociale sauf AHN - Orthodontie (1) <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge par la sécurité sociale - non prise en charge par la sécurité sociale 	Remboursement limité à 2 500 € par an et par bénéficiaire, au-delà sur devis 100 % BR-RSS Maxi 120 % BR Maxi 120 % TNA (Remboursement selon accord préalable sur devis Apicil suivant nomenclature Apicil) Maxi 50 % BR Maxi 50 % BR reconstituée
Optique <ul style="list-style-type: none"> - Monture - Verres - Lentilles acceptées par la sécurité sociale 	Remboursement limité à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire 3 % PMSS 3 % PMSS (2 verres) 3 % PMSS par paire
Autres <ul style="list-style-type: none"> - Cures thermales acceptées par la sécurité sociale 	Cette indemnité exclut tout autre remboursement de frais pouvant rester à charge

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent à celles servies par le régime de la sécurité sociale)
<ul style="list-style-type: none"> - Allocation maternité - 1^{er} ou 2^e enfant - 3^e enfant et plus 	<p>100 % FR-SS avec un maximum de 6,5 % PMSS 100 % FR-SS avec un maximum de 13 % PMSS</p>
<p>Le montant total du remboursement (régime de base + régime complémentaire) ne peut excéder 100 % des frais réels.</p> <p>(1) Orthodontie acceptée ou refusée pour des raisons administratives, en cas de refus médical il n'y a pas de remboursement.</p> <p>(2) Abréviations : BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels. RSS : remboursement sécurité sociale. TNA : tarif nomenclature Apicil. AHN : actes hors nomenclature.</p>	

Sont bénéficiaires des garanties ci-dessus l'assuré et ses ayants droit au sens de la sécurité sociale et les enfants étudiants jusqu'à leur 26^e anniversaire.