

APICIL ALTO Evolution



- ✓ Un large choix de garanties pour construire la complémentaire santé la plus adaptée à vos besoins.
- ✓ La prise en charge de prestations non remboursées par les régimes obligatoires.
- ✓ Un programme qui récompense votre comportement santé responsable et votre fidélité.

ALTO Evolution: + que des engagements



Des réponses

Adaptées à vos besoins

- ♥ **Des remboursements pour vos dépenses de santé, qu'elles soient ou non remboursées par la sécurité sociale.**
- ♥ **Des garanties adaptées à toutes les situations :**
 - une **couverture immédiate** sans questionnaire médical,
 - pas de délai d'attente,
 - diversité de l'offre avec **5 niveaux de garanties** pour répondre à toutes les attentes et à tous les budgets,
 - possibilité de **renforcer le poste OPTIQUE-DENTAIRE** si vous avez d'importants besoins en ce domaine,
 - possibilité de supprimer les Prestations Elargies si vous les jugez non indispensables.
- ♥ **Nouveautés 2007 :**
 - la création d'une garantie supplémentaire de base, pour assurer l'essentiel : **UNO**,
 - la création d'un **Bonus Fidélité Optique** pour vous récompenser : le forfait monture est majoré de 20 % la 3^{ème} année, en cas de non consommation pendant 2 ans de la prestation Optique.
- ♥ **Une garantie de prévoyance optionnelle pour assurer une sécurité maximum : l'Allocation Décès.**

Des solutions

Etudiées pour votre Budget

- ♥ **APICIL ALTO Evolution c'est :**
 - des tarifs adaptés et compétitifs : **en baisse par rapport à l'année 2006**,
 - 10 % de réduction sur la cotisation dès la deuxième personne assurée (conjoint ou enfant),
 - la gratuité de la cotisation dès le troisième enfant assuré,
 - la gratuité sur l'ensemble des services.

VOS GARANTIES APICIL ALTO Evolution

Vous choisissez :

Pour visualiser votre garantie, cochez le niveau de base choisi et votre renfort éventuel. Supprimez si vous le souhaitez le poste Prestations Élargies.

4 postes de prestations

5 niveaux de base

UNO	PRIMO	ECO	OPTI	SUPRA
Sans limite d'âge		Age limite à l'adhésion : 74 ans inclus		Age limite à l'adhésion : 69 ans inclus

L'Hospitalisation
Frais de séjour conventionnés
Forfait journalier hospitalier
Honoraires chirurgicaux
Chambre particulière par jour
Lit d'accompagnement par jour (maxi 15 jours/an)
Frais de transport

100 % FR*				
100 % FR				
100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	300 % BR*	500 % BR*
-	15 €	30 €	45 €	75 €
-	8 €	16 €	24 €	40 €
100 % BR*				

Les Frais Médicaux Courants**
Auxiliaires médicaux
Analyses médicales
Pharmacie
Consultations - Visites Généralistes / Spécialistes
Actes techniques médicaux
Actes d'imagerie et d'échographie
Appareillages et appareils auditifs

100 % BR*	100 % BR*	125 % BR*	150 % BR*	185 % BR*
		100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*
		150 % BR*	200 % BR*	250 % BR*

L'Optique - Dentaire
Monture ⁽¹⁾
Bonus fidélité dès la 3 ^{ème} année***
Verres adultes / paire ⁽¹⁾ :
unifocaux - simples
progressifs - complexes
Verres enfants / paire ⁽¹⁾
Lentilles ⁽¹⁾
Soins Dentaires
inlays-onlays ⁽¹⁾
Prothèses dentaires
Prises en charge par la SS
Plafond prothèses prises en charge ⁽¹⁾ 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année
Plafond prothèses prises en charge ⁽¹⁾ années suivantes
Non prises en charge par la SS ⁽¹⁾

30 €	30 €	75 €	100 €	150 €
20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
30 €	50 €	95 €	120 €	170 €
35 €	55 €	125 €	160 €	230 €
30 €	40 €	65 €	80 €	100 €
30 €	30 €	95 €	130 €	190 €
100 % BR*				
-	-	-	25 €	50 €
100 % BR*	115 % BR*	255 % BR*	325 % BR*	460 % BR*
-	120 €	400 €	550 €	850 €
-	200 €	800 €	1 100 €	1 700 €
-	-	-	40 €	120 €

Les Prestations Élargies
Frais de séjour non conventionnés par jour
Dentaire ⁽¹⁾ :
Implantologie
Parodontologie
Scellement des sillons non remboursé par la SS
Séances ⁽¹⁾ d'un ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, diététicien, podologue, pédicure, psychologue
Pharmacie ⁽¹⁾ prescrite non remboursée par la SS
Vaccins ⁽¹⁾ prescrits non remboursés par la SS
Cures thermales remboursées par la SS
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽¹⁾

100 % BR*	90 % FR* maxi 100 €	90 % FR* maxi 200 €	90 % FR* maxi 300 €	90 % FR* maxi 500 €
-	-	-	50 €	100 €
-	-	-	40 €	80 €
-	-	-	10 €	20 €
10 € / Séance maxi 40 €	10 € / Séance maxi 40 €	15 € / Séance maxi 60 €	20 € / Séance maxi 80 €	30 € / Séance maxi 120 €
-	15 €	30 €	45 €	75 €
-	10 €	20 €	30 €	50 €
-	50 €	100 €	150 €	250 €
-	-	-	50 € / œil	100 € / œil

⁽¹⁾ par an et par bénéficiaire - BR : Base de remboursement - SS : sécurité sociale.

* sous déduction des prestations du régime de base obligatoire dont dépend l'assuré, le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

** remboursements donnés sous réserve du respect du parcours de soins - *** en cas de non consommation les deux premières années.

CONSTRUISEZ VOTRE GARANTIE, EN FONCTION DE VOS BESOINS.

Personnalisez votre garantie

Renforcez vos prestations

♥ **ALTO Evolution vous offre la possibilité de renforcer le poste de prestations Optique-Dentaire.**



Exemples de remboursements

Vous avez choisi le niveau de base ECO, mais vous avez d'importants besoins en optique-dentaire. Vous pouvez renforcer vos remboursements sur ce poste précis en le passant au niveau immédiatement supérieur : OPTI. Le tableau ci-dessous vous indique les montants maximum des remboursements par niveau pour vous aider à choisir.

♥ **Pour une paire de lunettes :** Monture adulte + verres réf. 202A00.11, la sécurité sociale rembourse **4,82 €**.

♥ **Pour une prothèse dentaire de type SPR 50.** Exemple de facturation : 270 €. Le remboursement de la sécurité sociale est de **75,25 €**. Il vous reste donc à charge : **194,75 €**.

Avec **APICIL ALTO Evolution**, vous pouvez obtenir des remboursements allant jusqu'à :

	Monture + Verres unifocaux	Monture + Verres progressifs	Prothèses dentaires
Niveau UNO	60 €	65 €	107,50 €
Niveau PRIMO	80 €	85 €	123,50 €
Niveau ECO	170 €	200 €	274,00 €
Niveau OPTI	220 €	260 €	349,00 €
Niveau SUPRA	320 €	380 €	494,50 €

Dès le niveau ECO, il n'y a plus aucun reste à charge pour la prothèse dentaire sur cet exemple de facturation.

♥ **Vous avez également la possibilité de supprimer le poste «Prestations Elargies», si vous le jugez non prioritaire.**

Complétez votre garantie

avec l'Allocation Décès

♥ **L'Allocation Décès pour éviter les problèmes matériels à ceux que vous aimez :**

- 5 montants de capital au choix : 1 525 € - 3 050 € - 4 575 € - 6 100 € ou 7 625 €,
- souscription sans questionnaire médical,
- adhésion possible jusqu'à 71 ans,
- un capital versé exonéré de droits de succession,
- la possibilité de désigner un organisme de Pompes Funèbres.

+ DE SERVICES

Des services immédiats

♥ A L'ADHÉSION ET QUEL QUE SOIT LE NIVEAU DE GARANTIE CHOISI :

Tiers-payant national

Avec votre carte gratuite de Tiers-payant ACTIL, pas d'avance de frais chez les professionnels de santé*.

Remboursements simplifiés et rapides

Votre centre de sécurité sociale nous envoie directement le relevé de vos prestations pour le remboursement de la part complémentaire. A réception, nous traitons votre dossier.

Païement fractionné

Vous pouvez payer votre cotisation annuelle en plusieurs fois, sans frais supplémentaires.

Accueil téléphonique du lundi au vendredi

Vous avez besoin d'aide, d'informations téléphoniques, nos conseillers sont à votre écoute.

www.apicil.com 24h sur 24

Sur notre site, consultez en temps réel vos remboursements.

* se référer à votre carte ACTIL

APICIL Assistance

♥ ET POUR VIVRE EN TOUTE SÉCURITÉ :

Assistance maladie accident ou blessure :

Sur simple appel téléphonique, 24h sur 24 et 7 jours sur 7 (réservation d'un lit en milieu hospitalier, acheminement de médicaments, aide à la recherche de prestataires qualifiés...).

Assistance Hospitalisation :

Acheminement et logement d'un proche parent, aide à domicile...

Garde ou transfert de vos animaux domestiques (chiens ou chats) :

En cas d'hospitalisation supérieure à 48h.

Assistance juridique et vie pratique

Prévention Santé

♥ DES CONSEILS ET UN ACCOMPAGNEMENT PAR DES PROFESSIONNELS :

Info santé +

Gérez votre capital santé et celui de vos proches ; des réponses sur la santé au quotidien, l'hygiène de vie, les techniques nouvelles de soins...

Accompagnement Médico-social

En cas de maladies graves ou de décès, mise à disposition d'une assistante sociale.

Téléassistance médicalisée

En cas d'hospitalisation prolongée, mise à disposition gratuite (pendant 3 mois) d'un service de téléassistance à domicile.

NOTICE D'INFORMATION (NI-ALTO EVOLUTION 11-06)

Cette notice d'information (NI-ALTO Evolution 11-06) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par vous auprès de Micils, mutuelle régie par le code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est 38 rue François Peissel 69300 Caluire.

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

OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au souscripteur âgé de plus de 55 ans, ainsi qu'à sa 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.

Attention : le niveau Supra n'est accessible qu'aux souscripteurs de moins de 70 ans et les niveaux Eco et Opti ne le sont quant à eux qu'aux moins de 75 ans.

Le souscripteur doit obligatoirement résider en France métropolitaine.

OUVERTURE DES GARANTIES

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 ledit bulletin.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'adhésion, à la fourniture des pièces justificatives demandées et à l'encaissement du chèque d'acompte.

Une résiliation du contrat en cours d'année est possible uniquement dans le cas d'une souscription simultanée d'un autre contrat individuel de la gamme santé d'Apicil et ayant les mêmes niveaux de base que le présent contrat. Dans ce cas, si la souscription nouvelle se fait sur le même nom de niveau, l'assuré gardera l'antériorité du plafond des prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale (dans le cas contraire il sera fait application du point b de l'article relatif à la modularité).

DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription, puis il se renouvelle par tacite reconduction pour une période d'un an.

La résiliation du contrat peut se faire tous les ans, en envoyant à Micils un courrier recommandé au moins deux mois avant la date d'échéance du 31 décembre.

SUSPENSION DES GARANTIES

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. Cette suspension entraîne la suspension du bénéfice du crédit d'impôt.

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

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- lorsque cesse, chez l'assuré ou les ayants droit, la condition pour être garanti,
- à la date d'effet de l'attribution de la CMU-C pour les bénéficiaires du crédit d'impôt.

EXCLUSION DES GARANTIES

1- Les prestations sont accordées aux seuls bénéficiaires du contrat résidant habituellement en France. Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie française et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité Sociale. Les remboursements sont alors effectués en euros.

2- Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties, toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale (sauf les cas prévus au tableau de garanties),
- les dépassements d'honoraires non mentionnés sur le décompte de prestations de la Sécurité Sociale,
- les frais engagés en dehors de la période de garantie,
- les prothèses dentaires provisoires,
- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité Sociale,
- les soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication, non pris en charge par la Sécurité Sociale.

De plus, dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier ainsi que toutes dépenses à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux etc...
- la maternité (sauf en cas de césarienne ou pour la prestation "chambre particulière").

Enfin, la durée d'hospitalisation en établissement psychiatrique et assimilé est limitée à 30 jours par an, tout séjour cumulé pour un même bénéficiaire.

En aucun cas Micils ne prendra en charge :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale (un euro au 1^{er} janvier 2006),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels l'assuré ou le bénéficiaire n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel et/ou à le compléter, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable.

FAIT GENERATEUR

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

- ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.
- en cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que l'assuré est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (l'assuré n'étant plus affilié lors de son départ de l'hôpital), Micils lui demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

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

INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie.

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

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

PRESCRIPTION

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

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

REMBOURSEMENTS

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

COTISATIONS

Le montant des cotisations est fonction de l'âge atteint lors du paiement de la cotisation.

Ce montant évolue en fonction de l'âge de l'assuré et de ses ayants droit. Le changement du montant de cotisations s'effectue au moment du changement à une tranche d'âge supérieure.

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

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

MODULARITE

1- A l'adhésion

L'assuré peut moduler, lors de l'adhésion, certains postes de garanties.

Cette modularité se traduit par :

- la possibilité de renforcer le poste « Optique-Dentaire ». Ce renfort ne peut s'effectuer que sur le niveau directement supérieur.
- la possibilité de supprimer totalement le poste « Prestations Elargies ».

2- En cours d'adhésion

La modification des garanties en cours d'adhésion n'est possible qu'au 1^{er} janvier du contrat et d'avoir fait une demande envoyée à Micils au moins deux mois avant la date effective de la modification.

Il est possible de changer de garantie :

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

a) Dans le premier cas (modification de la garantie de un niveau seulement ; en passant par exemple de Eco à Opti) : aucun changement significatif : pour les plafonds en prothèses dentaires, il y a maintien de l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

Il convient de préciser la possibilité suivante : augmentation de la garantie de un niveau et souscription simultanée du renfort « optique-dentaire ». Que le renfort était souscrit ou pas, l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.

b) En cas d'augmentation de garantie de plus de un niveau, la conséquence est qu'en matière de plafonds de prothèses dentaires, l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.

Il en ira du même pour l'augmentation du renfort « optique-dentaire » (application du plafond des prothèses dentaires de la première année du nouveau renfort).

Attention :

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

CONTROLES

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

CONTROLE DE L'INSTITUTION

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

RECLAMATIONS

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

QUI BENEFICIE DES REMBOURSEMENTS ?

- l'assuré,
- le conjoint de l'assuré, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- à défaut de conjoint, le concubin de l'assuré à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui l'assuré a conclu un PACS à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- les enfants célibataires de l'assuré à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés, de moins de 21 ans (chômeurs immatriculés personnellement à la Sécurité Sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription à l'ANPE à la date des soins et d'une attestation ASSEDIC (non indemnisation), ou jusqu'à la veille de leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures (ils sont garantis, à compter de la date de rentrée scolaire jusqu'au 31 décembre de l'année suivante, sous réserve de production d'un certificat de scolarité d'études supérieures), les enfants en contrat de formation seront considérés comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit inférieure à 55 % du SMIC,
- les enfants infirmes majeurs de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur

carte d'invalidité définie par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),

- les ascendants de l'assuré à charge fiscale ou au sens de la législation de la Sécurité Sociale,
- les autres personnes à charge de l'assuré reconnues comme ayants droit de celui-ci par la Sécurité Sociale.

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

QUEL EST LE MONTANT DES REMBOURSEMENTS ?

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

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont l'assuré 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 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.

QUELQUES PRECISIONS SUR LES PRESTATIONS

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

1- L'HOSPITALISATION

HONORAIRES

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

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire, sans limitation du nombre de jours, excepté pour les séjours en maisons de repos et psychiatrie limités à 30 jours.

LIT D'ACCOMPAGNANT

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

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport médicalisé.

2- LES FRAIS MEDICAUX COURANTS

Pour les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins (cf. le paragraphe "Exclusions des garanties").

3- L'OPTIQUE ET LE DENTAIRE

OPTIQUE

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

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

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

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

1. si application du système Noémie

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

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

2. si pas d'application de Noémie

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

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

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

3. Bonus fidélité

Le forfait annuel par bénéficiaire correspondant à la monture sera majoré

de 20 %, en cas de non consommation de prestations Optique (verres et/ou monture) au cours des deux années d'adhésion précédant cette majoration.

DENTAIRE

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

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

Inlay onlay

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

Prothèses dentaires

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

Sauf pour le niveau UNO, le plafond est alloué en fonction du niveau choisi et s'apprécie par an et par bénéficiaire.

La rubrique "Prothèse" englobe les remboursements de inlays-core.

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

4- LES PRESTATIONS ELARGIES

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés dans la double limite prévue au tableau de garanties (sauf pour UNO) : un pourcentage des frais réels journaliers et un maximum journalier de remboursement.

DENTAIRE

Si les prestations sont prévues au tableau de garanties, des prestations implantologie, parodontologie, scellements de sillons non remboursés par la Sécurité Sociale peuvent être prises en charge.

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

IMPLANTOLOGIE

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

SEANCES

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

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

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

PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE

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

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

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

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

CURE THERMALE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, en cas d'interruption de la cure du fait de l'assuré avant la fin de la date déterminée par la Sécurité Sociale, l'allocation sera alors proratisée en fonction du nombre de jours de cure par rapport au nombre de jours attribués par la Sécurité Sociale.

Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, le forfait cure thermale ne sera pas versé. Les prestations relèveront de la rubrique hospitalisation.

CHIRURGIE DE LA MYOPIE

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

PREVENTION

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

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

DEMARCHAGE A DOMICILE

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

Article L. 121-23

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

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté, et de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L.121-25 et L. 121-26.

Article L.121-24

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

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

Article L. 121-25

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

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L. 121-26

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

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

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

