



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

CONVENTION COLLECTIVE
DU CARTONNAGE
- DU 9 JANVIER 1969 -

REF. NI CARTONNAGE ET DES ARTICLES DE PAPETERIE SANTE ACTIF 01-2016

Au 1^{er} Janvier 2016



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

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

OU TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ ?

DEFINITIONS PREALABLES	6
QU'EST-CE QU'UN CONTRAT FRAIS DE SANTE ?	9
QUI EST CONCERNE ?	9
1.1 – Vous : le salarié	9
1.2 – L'ancien salarié	9
1.3 – Vos Ayants droit : les membres de votre famille	9
COMMENT S’AFFILIER ?	10
2.1 – Déclaration individuelle d’affiliation	10
COMMENT FONCTIONNENT LES GARANTIES ?	10
3.1 – Quelles sont les Garanties ?	10
3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?	10
COMMENT LES COTISATIONS SONT-ELLES PRELEVEES ET CALCULEES ?	12
4.1 – Montant, modalités de calcul et de versement des cotisations	12
4.2 – Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?	12
QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION OU DE RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?	12
5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail	12
5.2 – En cas de rupture ou de fin de contrat de travail : dispositif dit de « portabilité »	13
5.3 – Si vous êtes titulaires d’une rente d’incapacité, d’invalidité, d’une pension de retraite ou d’un revenu de remplacement.	14
COMMENT OBTENIR MES REMBOURSEMENTS ?	14
6.1 – Sur quelle base sont effectués les remboursements ?	14
6.2 – Où adresser les demandes de remboursement ?.....	14
6.3 – Quels sont les délais pour demander remboursement ?.....	14
6.4 – Comment s’effectue le paiement des Prestations ?.....	14
6.5 – Quels justificatifs joindre aux demandes de remboursement ?	14
6.6 – Y a-t-il des limites aux remboursements ?	15
6.7 – Nature « responsable et solidaire» du Contrat	15
6.8 – Haut degré de solidarité – Action sociale	16
MA COMPLEMENTAIRE PREND-ELLE EN CHARGE LES FRAIS ENGAGES A L'ETRANGER ?	16
7 – Etendue territoriale des Prestations	16
QUE SE PASSE T-IL SI LES SOINS DONT J’AI BENEFICIE ONT ETE RENDUS NECESSAIRES PAR LE FAIT D’UN TIERS ?	16
8 – Subrogation	16
J’AI UNE QUESTION OU UNE RECLAMATION, A QUI DOIS-JE M’ADRESSER ?	16
9.1 – Litiges	16
9.2 – Fausse déclaration	17
9.3 – Contrôle des Bénéficiaires et de l’Institution	17
9.4 – Informatique et libertés	17
9.5 – Prescription	17
9.6 – Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	18
ANNEXE – TABLEAU DES GARANTIES	



DEFINITIONS PREALABLES

Accident :

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

Actes cliniques :

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

Acte de mise en place

(article L 911-1 du Code de la Sécurité sociale) :

L'Accord de branche relatif au régime collectif et obligatoire frais de santé de la Branche du CARTONNAGE mis en place pour les salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale du CARTONNAGE en matière de remboursement de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, au 1^{er} janvier 2016. Les Entreprises adhérentes peuvent décider, par Accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel, ou décision unilatérale de l'employeur conformément à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale :

- d'améliorer le financement patronal édicté ;
- d'améliorer le contenu des prestations rendues obligatoires par le présent accord, en finançant par exemple tout ou partie des options proposées par le présent régime et les organismes assureurs recommandés ;
- de participer au financement de la couverture des ayant droits.

Actes techniques médicaux :

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

Base de remboursement (BR) :

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

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

Bénéficiaire :

Participant, ainsi que ses éventuels Ayants droit affiliés à titre obligatoire ou facultatif sous réserve des dispositions prévues aux présentes Conditions générales.

Contrat :

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

Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.) :

Il s'agit d'un contrat négocié entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auquel peuvent adhérer les professionnels de santé de secteur 2 sur la base du volontariat et certains professionnels de santé de secteur 1.

Le professionnel de santé adhérant au Contrat d'Accès aux Soins s'engage à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du Contrat d'Accès aux Soins,
- respecter un taux moyen de Dépassement d'honoraires,
- réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion,
- respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100 % du tarif opposable du Régime Obligatoire.

Convention Collective :

La Convention Collective Nationale du CARTONNAGE et des articles de Papeterie du 9 janvier 1969, ses accords et avenants.

Dépassement d'honoraires :

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

Dispense d'affiliation :

Faculté que vous et éventuellement vos Ayants droit de ne pas être affilié au Contrat conformément aux dispositions de l'article R242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

Entreprise adhérente :

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

Forfait hospitalier :

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

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

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

Frais réels :

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

Franchise :

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

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

Garantie :

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

Maladie :

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

Médecin traitant - correspondant :

Médecin traitant :

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

Médecin correspondant :

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

Niveau de Garantie :

Ensemble des Garanties auxquelles une cotisation donne droit.

NOEMIE :

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

Parcours de soins coordonnés :

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

Passage par un médecin traitant choisi par le Participant avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que,

pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Participant :

Membre du personnel et ancien salarié de l'Entreprise adhérente relevant de la catégorie de personnel assuré, affilié au Contrat et sur la tête duquel repose le risque.

Participation forfaitaire :

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

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

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

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale :

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

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

Prestation :

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

Professionnel de santé ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins :

Professionnel de santé ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (Conformément à la définition du Contrat d'Accès aux Soins).

Régime :

Ensemble des dispositions relatives au Contrat frais de santé des salariés de l'Entreprise adhérente tel que défini dans l'Accord de branche du CARTONNAGE et ses avenants.

Régime Obligatoire (RO) :

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

Reste à charge :

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



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

Le Contrat couvre tout ou partie du Reste à charge.

Secteur conventionné :

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

Secteur non conventionné :

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

Service médical rendu (S.M.R.) :

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

Ticket modérateur (TM) :

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

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT FRAIS DE SANTE ?

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

Ce Contrat garantit les membres du personnel de l'Entreprise adhérente rattaché ou relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale du CARTONNAGE et, dans certains cas et à certaines conditions énumérés au sein de la présente Notice d'information, les anciens salariés de l'Entreprise adhérente.

QUI EST CONCERNE ?

1.1 – Vous : le salarié

Sous réserve de répondre à la définition de personnel assuré indiquée dans l'Acte de mise en place du Régime, le Contrat frais de santé vous garantit :

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

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

Toutefois, cette obligation d'affiliation s'applique sous réserve :

- des **Dispenses d'affiliation** prévues par l'Acte de mise en place du Régime,
- des **Dispenses d'affiliation** prévues par toutes dispositions légales ou réglementaires.

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

1.2 – L'ancien salarié

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

1.3 – Vos Ayants droit : les membres de votre famille

L'Acte de mise en place du Régime prévoit également l'affiliation **obligatoire ou facultative de vos Ayants droit**. Le cas échéant, vous pourrez, au moment de votre affiliation, choisir de faire bénéficier ces derniers du Contrat, si vous le souhaitez.

Qu'est-ce que vos Ayants droit ?

Ces derniers sont définis comme :

- vos conjoint qui peut être :

- ⇒ votre époux ou épouse légitime, non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement bénéficiant de Prestations, du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- ⇒ votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- ⇒ votre concubin bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire et à condition que le concubin et vous soyez tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

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

- vos enfants ou ceux de votre conjoint :

- ⇒ à votre charge au titre du Régime Obligatoire conformément aux dispositions de l'article L313-3 du Code de la Sécurité sociale,
- ⇒ poursuivant leurs études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, **et ce jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26^{ème} anniversaire**,
- ⇒ sous contrat en alternance ou d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, **et ce jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26^{ème} anniversaire**,
- ⇒ à la recherche d'un premier emploi, **pendant une durée maximale d'un an** de date à date et sur présentation de l'attestation de prise en charge Pôle Emploi à chaque demande de remboursement, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, **et ce jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26^{ème} anniversaire**,
- ⇒ quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires, **avant leur 21^{ème} anniversaire**, de la carte d'invalidité civile prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles.

Vos Ayants droit éventuellement affiliés et vous, êtes « **Bénéficiaires** » des mêmes Garanties Frais de santé.



COMMENT S’AFFILIER ?

2.1 – Déclaration individuelle d’affiliation

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

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

Vous y indiquerez notamment votre choix quant à l’affiliation de vos Ayants droit.

Vous devrez par la suite transmettre cette déclaration à votre employeur, accompagnée des pièces justificatives, lequel sera chargé de la faire parvenir à l’Institution.

2.2 - Pièces à joindre lors de votre affiliation

Vous devez impérativement joindre à votre bulletin d’adhésion :

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

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

- le mandat SEPA dûment complété et signé.

Vous devez également joindre, selon votre situation de famille :

- la copie de leur attestation Vitale à jour de vos Ayants droit,
- un certificat de scolarité pour chacun de vos enfants âgés de 16 à 26 ans, à renouveler à chaque rentrée scolaire,
- une copie de l’attestation de la reconnaissance par le Régime Obligatoire d’un taux d’incapacité supérieur ou égal à 80%,
- l’attestation de prise en charge Pôle emploi,
- toute autre pièce complémentaire demandée par l’Institution.

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

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

Notez également que la qualité :

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

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

COMMENT FONCTIONNENT LES GARANTIES ?

3.1 – Quelles sont les Garanties ?

Le Contrat mis en place par votre employeur comprend des Garanties obligatoires et suivant le niveau choisi par celui-ci, vous pouvez opter pour des Garanties facultatives, auxquels correspondent des montants de cotisation différents.

Vous avez la possibilité d’opter pour les Garanties facultatives qui ont pour objet de majorer les Garanties obligatoires sur votre bulletin individuel d’affiliation :

- lors de votre affiliation au Contrat,
- en cas de changement de situation de famille (exemples : mariage, naissance d’un enfant...) pour les membres de la famille définis comme Ayant droit,
- dans les autres cas, le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d’adresse votre demande à l’Institution avant le 31 octobre qui précède ledit 1^{er} janvier.

En absence de choix formel du Participant, seules les Garanties obligatoires s’appliqueront pour le paiement des prestations.

L’étendue des remboursements par poste de soins est détaillée dans l’Annexe - Tableau des Garanties jointe à la présente Notice d’information.

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

3.2 – Quand débutent et cessent les Garanties ?

➔ Garanties obligatoires

Les Garanties prennent effet, sous réserve de satisfaire aux formalités d’affiliation et à l’éventuelle condition d’ancienneté prévue dans l’Acte de mise en place du Régime :

- à la date d’effet du Contrat liant votre employeur à l’Institution si vous faites partie des effectifs de l’entreprise à cette date et que vous appartenez à la catégorie de personnel assuré visée à l’article 1.1 de la présente Notice d’information,
- si vous êtes nouvel embauché, dès le jour où vous appartenez à la catégorie de personnel assuré visée à l’article 1.1 de la présente Notice d’information.

Vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat, bénéficient des Garanties : dès que vous êtes éligible au bénéfice des Garanties, à réception de la déclaration ou communication du changement de situation de famille (mariage, naissance d’un enfant). Par dérogation à ce qui précède, si la déclaration est faite à l’Institution dans les trois mois suivants l’évènement, l’adhésion de l’enfant se fera au jour de sa naissance ou de son adoption.

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

Les Garanties obligatoires cessent :

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

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

- **s'ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1.2 de la présente Notice d'information,**
- **à la date à laquelle vous-même n'êtes plus garanti,**
- **en cas de résiliation du Contrat,**
- **en cas de non-paiement des cotisations liées à leur affiliation,**
- **si leur affiliation est facultative, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous avez demandé la dénonciation de leur affiliation sous réserve d'adresser votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre minuit.**

↪ Garanties facultatives

1) Entrée en vigueur des Garanties facultatives

Les Garanties facultatives prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante telle que prévu à l'article 4.1 de la présente Notice d'information et des modalités prévues ci-dessous :

- à la date de votre affiliation au Contrat,
- le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception votre demande par l'Institution en cas de changement de situation de famille,
- le 1^{er} janvier qui suit votre demande sous réserve de l'adresser à l'Institution avant le 31 octobre qui précède ledit 1^{er} janvier, dans les autres cas.

Les Garanties facultatives s'appliquent à vous et vos Ayants droit, **étant précisé que les Prestations dues par l'Assureur sont celles en vigueur à la date des soins.**

2) Modification des Niveaux des Garanties (Option 1 et Option 2)

Demande de modification du Niveau des Garanties à votre initiative
Vous pouvez demander l'application d'un Niveau de Garanties facultatives supérieur à celui initialement choisi, à tout moment de

la vie du Contrat, sous réserve du respect d'un **préavis de 2 mois**. Dans ce cas, le montant des cotisations sera à nouveau déterminé et les nouvelles Garanties prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la fin du préavis.

Vous pouvez demander l'application d'un Niveau de Garanties facultatif inférieur à celui initialement choisi, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- du respect d'un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours,
- et du maintien sur le précédent Niveau de Garanties pendant un délai minimum de 24 mois.1}

Par dérogation à ce qui précède, vous pouvez, en cas de changement de sa situation familiale et sous réserve de produire les justificatifs nécessaires (mariage, concubinage notoire, PACS, naissance, divorce, décès) ou de révision des Garanties obligatoires, modifier à la baisse vos Garanties sans pour autant avoir bénéficié des précédentes Garanties pendant 24 mois.

Votre demande d'application d'un Niveau de Garanties inférieur est irrévocable, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas demander ultérieurement l'application d'un Niveau de Garanties supérieur, sauf en cas de changement de votre situation de famille.

Dans ce cas, les nouvelles Garanties s'appliqueront au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande.

Demande de modification à la suite d'une révision des Garanties obligatoires

Vous serez informé de toute modification des Garanties obligatoires **dans un délai de 2 mois** avant la mise en place des nouvelles dispositions par la remise de la Notice d'information modifiée.

Du fait de cette modification, vous pouvez dans le mois suivant cette information dénoncer votre adhésion ou informer l'Institution des modifications du Niveau de Garanties facultatives que vous souhaitez vous voir appliquer. **Dans ce cas, les Garanties cessent ou la modification du Niveau de Garanties facultatives prend effet à la date d'application de la révision des Garanties obligatoires.**

En cas de non réponse de votre part, l'Institution se réserve le droit de résilier votre adhésion aux Garanties facultatives.

Jusqu'à la date d'application de la révision des Garanties obligatoires, les engagements de l'Institution restent identiques à ceux existant précédemment à la réception de l'information.

3) Cessation des Garanties facultatives

Les Garanties cessent:

- **en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévu à l'article 4.2 de la présente notice d'information,**
- **le 31 décembre qui suit votre demande de résiliation adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre qui précède,**



par lettre recommandée avec accusé de réception,

- en cas de cessation des Garanties obligatoires,
- en cas de révision des Garanties obligatoires dans les conditions prévues ci-avant,
- et en tout état de cause à la date de résiliation du Contrat.

La dénonciation de votre adhésion aux Garanties facultatives entraîne automatiquement la fin des Garanties de vos Ayants droit.

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

COMMENT LES COTISATIONS SONT-ELLES PRELEVÉES ET CALCULÉES ?

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

Cotisations relatives à vos Garanties obligatoires :

Le Contrat est financé par une cotisation versée pour partie par votre employeur et pour partie par vous-même, la répartition figurant dans l'Acte de mise en place du Régime.

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

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

Votre part de cotisation est prélevée **mensuellement** sur votre bulletin de salaire (on parle de « **précompte** »). Votre employeur reverse ensuite trimestriellement les cotisations à l'Institution, en y incluant sa part.

Les cotisations correspondantes à l'affiliation facultative de vos Ayants droit sont appelées directement par l'Institution, **mensuellement par avance et par prélèvement automatique** directement auprès de vous.

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

Cotisations relatives à vos Garanties facultatives :

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

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

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

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

Cotisations relatives à votre adhésion facultative au Contrat en cas de suspension de votre contrat de travail sans

maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières

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

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

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

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

En cas d'entrée ou de sortie du Contrat en cours de mois, la cotisation mensuelle est due dans son intégralité.

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

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

Si vous réglez directement auprès de l'Institution, les cotisations liées à l'affiliation facultative de vos Ayants droit ou en cas de maintien individuel de la Garantie, leur non-paiement peut entraîner l'exclusion des Bénéficiaires du Contrat.

Ainsi, à défaut de paiement des cotisations dans un délai de 10 jours suivant leur échéance de paiement, vous recevrez une lettre de mise en demeure **vous informant des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la Garantie**.

Si dans les 40 jours suivant la notification de la lettre de mise en demeure les cotisations ne sont toujours pas versées, l'Institution peut exclure les Bénéficiaires du Contrat et poursuit le recouvrement par tout moyen.

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

5.1 – En cas de suspension de votre contrat de travail

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

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

d'un tiers. Le maintien est également effectif si vous percevez une rente d'invalidité ou d'incapacité.

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

Vos Garanties sont en revanche suspendues dans tous les autres cas de suspension de votre contrat de travail et notamment en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation ou congé sans solde. Dans ce cas vous perdez votre qualité de Participant, mais uniquement pour cette période de suspension.

Toutefois, il vous est proposé **un système de maintien individuel et facultatif** de vos Garanties. Ainsi, si vous souhaitez continuer à bénéficier des Garanties du Contrat, vous avez la possibilité d'en faire la demande auprès de l'Institution **dans le mois qui suit la suspension de votre contrat de travail**. La cotisation sera intégralement à votre charge et sera alors appelée directement par l'Institution auprès de vous.

Le maintien individuel des Garanties cesse :

- à la date à laquelle vous reprenez le travail chez votre employeur. Dans ce cas vous êtes automatiquement affilié au Contrat des salariés en activité,
- en cas de résiliation du Contrat frais de santé souscrit par votre employeur,
- le dernier jour du mois civil où vous ne faites plus partie de l'effectif de l'entreprise,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie du personnel assuré,
- en cas de rupture de votre contrat de travail quel qu'en soit le motif,
- le dernier jour du mois au cours duquel vous avez demandé la résiliation de votre adhésion individuelle (dans ce cas la résiliation est définitive),
- en cas de non-paiement des cotisations,
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de votre pension d'assurance vieillesse d'un Régime Obligatoire quel qu'en soit le motif.

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

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

• Prise d'effet et durée du maintien

Pour toute cessation de votre contrat de travail, les Garanties frais de santé vous sont maintenues et ce, tant que vous ouvrez droit à la portabilité. Les Garanties maintenues sont celles définies par le Contrat et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise adhérente.

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

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

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

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

Ancienneté du salarié	Durée de la portabilité
Inférieur à 1 mois	0
1 mois	1 mois
1 mois et 15 jours	2 mois
3 mois	3 mois
Supérieure à 12 mois	12 mois

• Pièces à fournir

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

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

Vous devrez pour cela transmettre :

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

• Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

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

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

• Financement du maintien

Le financement du maintien de la Garantie est assuré à titre gratuit. C'est-à-dire, qu'aucune cotisation n'est exigée de votre part. Le financement de la portabilité est assuré par un



mécanisme de mutualisation et est ainsi inclus dans les cotisations payées lorsque vous étiez en activité.

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

Dans tous les cas, dès la cessation de votre contrat de travail, vous ne disposez plus du système de tiers-payant. Ainsi il conviendra de restituer à l'APGIS votre carte de Tiers Payant. Le système de télétransmission ne s'appliquant plus dans le cadre de ce dispositif, il vous appartiendra de nous envoyer vos décomptes.

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

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

Ainsi, si vous bénéficiez soit :

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

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

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

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

COMMENT OBTENIR MES REMBOURSEMENTS ?

6.1 – Sur quelle base sont effectués les remboursements ?

Vos remboursements sont effectués :

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

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

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

La date retenue pour le remboursement des soins par l'Institution correspond à la date à laquelle les soins ont été effectués. A défaut, la date prise en compte pourra être la date mentionnée sur la facture.

6.2 – Où adresser les demandes de remboursement ?

Les demandes de remboursement doivent être envoyées à l'adresse suivante :

APGIS - Service INTERPRO CARTONNAGE
12, rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX

6.3 – Quels sont les délais pour demander remboursement ?

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

6.4 – Comment s'effectue le paiement des Prestations ?

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

6.5 – Quels justificatifs joindre aux demandes de remboursement ?

Vous devrez joindre à chaque demande de remboursement :

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

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

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

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

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

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

Les frais engagés pour des soins postérieurs à la cessation de votre contrat de travail ne sont pas pris en charge, sauf application du dispositif de portabilité (voir article 5.2 de la présente Notice d'information).

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

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

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

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

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

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

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

6.7 – Nature « responsable et solidaire » du Contrat

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

Dans le cadre, les remboursements, indiqués en Annexe - Tableau

des Garanties jointe à la présente Notice d'information, peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (art. L.871-1 du Code de la Sécurité sociale).

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

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

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

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

Ces actes sont :

1. Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
3. Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Le dépistage de l'hépatite B ;
5. Le dépistage, une fois tous les cinq ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de cinquante ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie



6. Un acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie, une fois tous les six ans, pour les femmes de plus de cinquante ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - b) Coqueluche : avant 14 ans,
 - c) Hépatite B : avant 14 ans,
 - d) BCG : avant 6 ans,
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - f) Haemophilus influenzae B,
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois

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

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

6.8 – Haut degré de solidarité – Action sociale

Conformément à l'Accord, le Régime finance des actions matérialisant son degré élevé de solidarité à travers la constitution d'un fonds de solidarité spécifique alimenté par l'affectation de 2% des cotisations collectées (Garanties conventionnelles), tel que défini par l'article R. 912-1 du Code de la Sécurité sociale

Ces actions seront définies conformément aux dispositions des articles R. 912-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale par les partenaires sociaux réunis en Commission Paritaire de Négociation de la Convention Collective, dans la limite du budget fixé ci-dessus, dans un Règlement spécifique.

Les partenaires sociaux de la Branche pourront notamment prévoir une prise en charge :

- totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur : à ce titre sera prise en charge la totalité de la cotisation pour les apprentis ;
- **d'actions de prévention arrêtées en lien avec les objectifs poursuivis par l'accord du 29 avril 2010 relatif à la sécurité au travail** modifié par l'avenant n° 1 du 26 avril 2013 et les constats, études, préconisations qui pourraient être formulés par la commission paritaire de prévention des risques professionnels ;
- **d'actions sociales à titre individuel et à titre collectif.**

En fonction des décisions prises par la Commission Paritaire de Négociation, un avenant au Contrat sera établi.

MA COMPLEMENTAIRE PREND-ELLE EN CHARGE LES FRAIS ENGAGES A L'ETRANGER ?

7 – Etendue territoriale des Prestations

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

Dans le cas d'une maladie survenue dans un pays **ayant signé une convention avec la France ou dans un pays de l'Union européenne**, les dépenses engagées sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire. Les Garanties complémentaires attachées au Contrat sont alors accordées sur la base des taux de remboursement du Régime Obligatoire française.

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

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

8 – Subrogation

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

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

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

9.1 – Litiges

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

9.1.1 Informations sur le Contrat

Si les Bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat conclu entre votre



employeur et l'Institution, notamment au moment de votre affiliation, ils peuvent s'adresser en priorité à leur interlocuteur habituel dans l'Entreprise adhérente et, à défaut, à l'Institution.

9.1.2 Réclamations

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

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

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

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

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

9.1.3 Médiation

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

**MEDIATEUR CTIP
10, rue Cambacérés
75008 PARIS**

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

9.2 – Fausse déclaration

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

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

9.3 – Contrôle des Bénéficiaires et de l'Institution

9.3.1 Contrôle des Bénéficiaires :

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

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

Le service des Prestations peut être interrompu, sauf opposition dument justifiée, nonobstant les décisions prises et les versements effectués par le Régime Obligatoire ou tout autre

organisme, si vous ne fournissez pas les justificatifs ou refusez de vous soumettre aux examens ou expertises demandés par l'Institution.

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

9.3.2 Contrôle de l'Institution :

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

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

9.4 – Informatique et libertés

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant.

Ces informations sont destinées à l'Institution, responsable du traitement et sont utilisées à des fins de gestion, d'analyse et de suivi de votre affiliation. Elles pourront être transmises aux partenaires contractuellement liés pour les besoins de gestion et à des organismes professionnels ou utilisées à des fins de prospection commerciale, sauf opposition de votre part. Ces données pourront également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

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

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

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

9.5 – Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.



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

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

Le délai de prescription est interrompu :

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

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

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

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

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

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

▶ LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Internet : www.apgis.com (à disposition du professionnel de santé)

Téléphone : 01 49 57 16 52

Courriel : pechospi@apgis.com

Fax : 01 49 57 16 02

Courrier : **APGIS – 12 rue Massue, 94684 Vincennes cedex.**

▶ CONSULTATIONS DES DECOMPTE EN LIGNE

Par internet : www.apgis.com

Par Smartphone : <https://apgismobile.apgis.com>

▶ INFORMATION SUR L’AFFILIATION OU LES PRESTATIONS

Téléphone : 01 49 57 16 07 - Courriel : cartonnage@apgis.com

Contrat assuré et géré par :

apgis Institution
de prévoyance

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N° 930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n°304-217-904.

Siège social : 12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex