

Garanties du régime Maladie - Chirurgie - Maternité

Les prestations sont déterminées de telle façon que le total des prestations servies au titre du Régime Professionnel Conventionnel et du Régime Supplémentaire soit porté aux montants et limites dont le détail est indiqué ci-dessous.

Les remboursements complémentaires sont effectués en fonction de la nomenclature Sécurité sociale et conformément à la bonne utilisation de cette nomenclature.

Le montant des prestations est versé dans la limite des frais engagés.

Dans le cadre du respect des dispositions du contrat dit responsable (aidé), et afin de se mettre en conformité avec les décrets n°2004-1453 du 23 décembre 2004, n°2005-1226 du 29 septembre 2005, et n°2007-1937 du 26 décembre 2007, votre Régime exclut la prise en charge de :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant), ou, à compter de sa mise en place, en cas de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.161-32-2 du code de la Sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2005 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 (article L.322-2 du code de la Sécurité sociale),
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires,

et prévoit la prise en charge de :

- deux prestations de prévention dans la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par arrêté du 8 juin 2006. L'APGIS a retenu le scellement prophylactique des sillons dentaires chez l'enfant de moins de 14 ans, et le dépistage tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.



Nature de l'acte

Libellé de la prestation

CONSULTATIONS ET VISITES Omnipraticien, Spécialiste, Professeur,	Conventionné et non conventionné : 130% de la base de remboursement Sécurité sociale
DEPLACEMENTS ET MAJORATIONS DES CONSULTATIONS ET VISITES	30% de la base de remboursement Sécurité sociale
ANALYSES / PRELEVEMENTS	70% de la base de remboursement Sécurité sociale
AUXILIAIRES MEDICAUX	Conventionné : 70% de la base de remboursement Sécurité sociale Non conventionné : 210% de la base de remboursement Sécurité sociale
MAJORATIONS / DEPLACEMENTS DES AUXILIAIRES MEDICAUX	Conventionné : 40% de la base de remboursement Sécurité sociale Non conventionné : 180% de la base de remboursement Sécurité sociale
PROTHESES AUDITIVES	1200 € par appareillage remboursé par la Sécurité sociale
APPAREILLAGES / PROTHESES MEDICALES AUTRES QUE DENTAIRES ET AUDITIVES	185% de la base de remboursement Sécurité sociale
PHARMACIE REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE	100% du Ticket Modérateur
ACTES DE SPECIALISTES	Conventionné et non conventionné : 280% de la base de remboursement Sécurité sociale
RADIOLOGIE	Conventionné : 180% de la base de remboursement Sécurité sociale Non conventionné : 200% de la base de remboursement Sécurité sociale
SOINS DENTAIRES / CHIRURGIE DENTAIRE	Conventionné : 60% de la base de remboursement Sécurité sociale Non conventionné : 170% de la base de remboursement Sécurité sociale
PROTHESES DENTAIRES⁽¹⁾ / ORTHODONTIE⁽²⁾ REMBOURSEES ET NON REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	Conventionné et non conventionné : Avec devis : 380% de la base de remboursement Sécurité sociale Sans devis : 330% de la base de remboursement Sécurité sociale
OPTIQUE Limité à une paire de lunettes par année civile et par bénéficiaire	
Monture	- Adulte et Enfant + 18 ans 100 € par monture - Enfant - 18 ans 65 € par monture
Par verre	- Adulte et Enfant + 18 ans Avec devis : 43 € par verre + 14,5 fois la base de remboursement Sécurité sociale ou, si plus favorable, 24 fois la base de remboursement Sécurité sociale Sans devis : 43 € par verre + 14,5 fois la base de remboursement Sécurité sociale - Enfant - 18 ans Avec devis : 30 € par verre + 3,35 fois la base de remboursement Sécurité sociale ou, si plus favorable, 5,85 fois la base de remboursement Sécurité sociale Sans devis : 30 € par verre + 3,35 fois la base de remboursement Sécurité sociale
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	200 € par an et par bénéficiaire
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE / MATERNITE	
Frais de séjour - Honoraires Médicaux	Conventionné : 200% de la base de remboursement Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale Non conventionné : 150% de la base de remboursement Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires Chirurgicaux	280% de la base de remboursement Sécurité sociale
Chambre Particulière	46 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité
Lit Accompagnant (enfant - 12 ans)	23 € par jour (sur présentation d'un certificat médical)
Forfait journalier hospitalier	80% des frais réels
Transport du malade avec ou sans hospitalisation	35% de la base de remboursement Sécurité sociale
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE	Ticket modérateur des soins médicaux pris en charge par la Sécurité sociale

(1) A l'exclusion de celles hors nomenclature Sécurité sociale (HN)

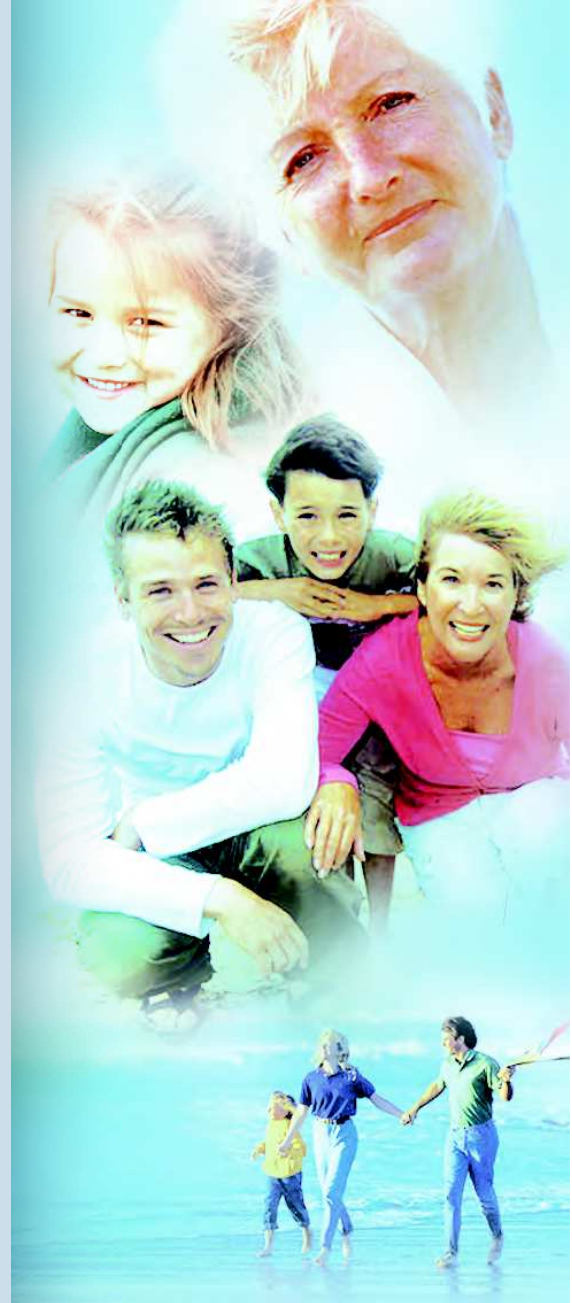
(2) Dans la limite de six semestres

Régime
professionnel
conventionnel
Maladie
Chirurgie
Maternité

Notice d'information

de la convention d'assurance n°9A.000
souscrite auprès de l'apgis

JANVIER 2010



ENSEMBLE DU PERSONNEL

Introduction

La présente notice d'information présente le régime Maladie-Chirurgie-Maternité défini par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime de prévoyance des salariés de l'Industrie Pharmaceutique et ses avenants.

Cette notice d'information a été réalisée par l'apgis, Institution de Prévoyance désignée par les partenaires sociaux de l'Industrie Pharmaceutique comme assureur et gestionnaire du régime Maladie-Chirurgie-Maternité.

Elle tient compte des évolutions en vigueur au 1^{er} janvier 2010, et notamment de la mise en œuvre de la portabilité des droits prévue par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par son avenant N°3.

Le régime de prévoyance des salariés de l'Industrie Pharmaceutique est suivi mensuellement par un Comité Paritaire de Gestion.

Sommaire

1 - QUI EST CONCERNÉ ?	07
1.1 PARTICIPANT	07
1.2 BÉNÉFICIAIRES	08
1.3 DATE D'EFFET ET DE CESSATION DES DROITS	08
1.4 MAINTIEN DES GARANTIES	09
1.5 ASSURÉS FACULTATIFS	10
2 - QUELLES SONT LES PRESTATIONS ?	12
2.1 CONTRAT RESPONSABLE	12
2.2 DÉFINITION DES PRESTATIONS	12
2.3 PROCÉDURE DU DEVIS POUR BÉNÉFICIER D'UN REMBOURSEMENT MAJORÉ	14
2.4 TABLEAU DES GARANTIES	14
3 - QUELLES SONT LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT ?	15
3.1 DEMANDES DE REMBOURSEMENT	15
3.2 PIÈCES JUSTIFICATIVES	15
3.3 DÉLAIS POUR DEMANDER LE REMBOURSEMENT	15
3.4 DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION	15
3.5 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	15
3.6 SUBROGATION	15
4 - QUELS SONT LES SERVICES PROPOSÉS ?	16
4.1 DEVIS OPTIQUE ET DENTAIRE : LE SERVICE IDECLAIR	16
4.2 SERVEUR VOCAL - SITE INTERNET	16
4.3 SYSTÈME DE TÉLÉTRANSMISSION NOEMIE	16
4.4 SERVICE DE GESTION DÉDIÉ	17
5 - QU'EST-CE QUE LE FONDS DE SOLIDARITÉ ?	17
5.1 OBJET DU FONDS DE SOLIDARITÉ	17
5.2 COMMENT FAIRE APPEL AU FONDS DE SOLIDARITÉ	17
6 - QUELLE COUVERTURE POUR LES ASSURÉS NE BÉNÉFICIAIRE PLUS DU PRÉSENT RÉGIME ?	18
6.1 ANCIENS SALARIÉS	18
6.2 ASSURANCE INDIVIDUELLE APRÈS RÉSILIATION DE LA CONVENTION OU DE L'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE	18
7 - PORTABILITE DES DROITS : COMMENT BÉNÉFICIER DU MAINTIEN DES DROITS AU TITRE DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11 JANVIER 2008 ?	19
7.1 PORTABILITE DES DROITS	19
7.2 CONDITIONS DE COUVERTURE	19
7.3 MONTANT DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS	19

1

Qui est concerné ?

1.1 - PARTICIPANT

Bénéficient des garanties prévues par le présent Régime, en qualité de Participants, les membres des entreprises adhérentes à l'Accord sur le Régime de Prévoyance des salariés de l'Industrie Pharmaceutique (ci-après les Adhérents) qui respectent les conditions suivantes :

1.1.1 DÉFINITION DES PARTICIPANTS

Les Participants sont tous les membres du personnel salarié de l'Adhérent, ainsi que les personnes assimilées au sens de l'article L.311-3 11° et 12° du Code de la Sécurité sociale, affiliés à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à quinze jours.

Toutefois, la suspension ne joue pas pour les Participants dont les périodes de suspension donnent lieu à un maintien total ou partiel de revenus par l'Adhérent ou au versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'indemnités journalières ou rente d'invalidité complémentaires financées au moins en partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les personnes dont les couvertures sont suspendues peuvent adhérer au Régime facultatif visé au chapitre « Assuré facultatif » pendant la durée de cette suspension.

1.1.2 MODALITÉS D'AFFILIATION

1.1.2.1 Bulletin d'affiliation

Le service du personnel vous fait remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation comportant les informations vous concernant et mentionnant les renseignements sur votre situation de famille de façon à porter à la connaissance de l'APGIS les noms et prénoms des personnes couvertes par la cotisation obligatoire du Régime (voir définition des bénéficiaires).

Les personnes de votre famille non couvertes par la cotisation obligatoire peuvent éventuellement adhérer au Régime facultatif qui permet de bénéficier des mêmes garanties sous réserve de remplir les conditions d'adhésion visées au chapitre « Assurés facultatifs » et de payer la cotisation y afférente.

1.1.2.2 Pièces à joindre avec le bulletin d'affiliation

Les pièces suivantes doivent être jointes au bulletin individuel d'affiliation de chaque Participant :

- copie de l'attestation jointe à la carte vitale du Participant, de l'Assuré facultatif ainsi que de sa famille affiliée au Régime ;
- Relevé d'Identité Bancaire ou Postale pour le paiement des prestations.

Doivent également être joints, selon la situation de famille :

- certificat de vie maritale ou de concubinage notoire délivré par la mairie de votre domicile, à défaut une attestation sur l'honneur de vie commune, accompagné de justificatifs (avis d'imposition commun ou contrat de bail, ou facture EDF, France TELECOM etc... libellé aux deux noms) ;
- copie de l'attestation de conclusion d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) délivré par le greffe du Tribunal d'Instance.

Doivent également être joints, pour les enfants selon le cas :

- copie de leur certificat de scolarité (s'ils sont âgés de plus de 16 ans) ;
- copie du contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation en mentionnant le taux et la rémunération ;
- copie de la carte d'invalidité pour les enfants handicapés ou invalides.

N'omettez pas d'informer votre service du personnel, en cas de changement de situation de famille (naissance, mariage, PACS, etc...) ou de changement de domicile.

1.2 - BÉNÉFICIAIRES

Ont droit aux prestations du Régime, le Participant ainsi que les membres de sa famille à charge tels que définis ci-après.

1.2.1 DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES COUVERTS PAR LA COTISATION OBLIGATOIRE DU SALARIÉ

- le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le Participant a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) bénéficiant des prestations en nature de la Sécurité sociale, s'il est couvert par la Sécurité sociale au titre d'ayant droit du Participant ;
- les enfants du Participant à sa charge au sens des prestations en nature du Régime Général de la Sécurité sociale et des Régimes assimilés, en qualité d'ayant droit du Participant ;
- les enfants du Participant de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont 18 ans, immatriculés sous leur propre numéro au Régime de la Sécurité sociale des Etudiants.

Lorsque, à l'issue d'une année universitaire, l'enfant ayant droit du Participant part accomplir son service national, la garantie maladie est prolongée pour lui jusqu'à la date de son départ au service national, sans pouvoir se poursuivre au-delà du 31 décembre de l'année civile considérée ou de la date de son 27^{ème} anniversaire ;

- Lorsque l'enfant du Participant est reconnu invalide ou handicapé, avant son 27^{ème} anniversaire, la limite d'âge de 27 ans ne s'applique pas et l'enfant du Participant est couvert tant que ce dernier conserve sa qualité de Participant ;
- les enfants du Participant se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation, conforme à la réglementation en vigueur, sous réserve que les intéressés justifient remplir les conditions cumulatives suivantes :
 - ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre Régime complémentaire de même nature, à adhésion obligatoire ;
 - être âgés de moins de 27 ans ;

- percevoir une rémunération brute conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles en vigueur, attestée par une copie de la fiche de paye du mois au cours duquel les soins ont été prescrits ;

- les enfants du conjoint, concubin ou partenaire de PACS sont couverts dans les mêmes conditions que les enfants du Participant. Cependant, s'ils bénéficient d'un Régime complémentaire de même nature, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce Régime et pour un complément éventuel ;
- les assurés relevant de l'article 115 du code des pensions militaires et des victimes de guerre.

1.2.2 MODALITÉS D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT

Les informations concernant les ayants droit à charge du Participant doivent être indiquées sur la déclaration individuelle d'affiliation du Participant. Toute évolution (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit...) doit être indiquée dans les quinze jours en renvoyant la déclaration individuelle d'affiliation du Participant mise à jour. Les modifications ou cessations de garanties prennent effet à la date à laquelle sont intervenus les événements modifiant ou mettant fin à la garantie.

1.3 - DATE D'EFFET ET DE CESSATION DES DROITS

1.3.1 POUR LE PARTICIPANT

1.3.1.1 Quand débutent vos garanties ?

Les garanties du Régime s'appliquent dès l'entrée dans l'entreprise Adhérente, même pour le salarié accomplissant un travail de courte durée ou à temps partiel, sous réserve que les conditions requises pour avoir la qualité de Participant soient remplies et que les modalités d'affiliation aient été respectées.

1.3.1.2 Quand vos garanties sont-elles suspendues ?

L'assurance est suspendue pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu, pour une durée supérieure à quinze jours, pour d'autres causes que la maladie, la maternité, la paternité

ou l'accident et dès lors que les périodes de suspension ne sont pas indemnisées via le maintien total ou partiel de revenus par l'Adhérent ou le versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'indemnités journalières ou rente d'invalidité complémentaires financées au moins en partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

La suspension s'applique aux Participants ainsi qu'à l'ensemble de leurs ayants droit.

A l'issue de la suspension du contrat de travail, les salariés bénéficient de l'intégralité des garanties sans formalité, sous réserve de remplir les conditions pour être membre Participant.

Le salarié dont les couvertures sont suspendues peut adhérer au Régime facultatif visé au chapitre « Assurés facultatifs » pendant la durée de la suspension de son contrat de travail.

1.3.1.3 Quand cessent vos garanties ?

L'assurance prend fin, pour chaque Participant, le jour où il ne remplit plus les conditions pour être Participant et notamment le jour de la rupture du contrat de travail sauf pour les cas particuliers de « maintien des garanties » au sens du 1.4 ci-après et de la « portabilité des droits » au sens de l'article 7 ci-après.

La perte par le Participant lui-même du bénéfice de l'Assurance Maladie, quelle qu'en soit la cause, entraîne, à la même date, la cessation de l'assurance pour lui-même et toutes les personnes garanties de sa famille.

En outre, l'assurance prend fin pour l'ensemble des Participants salariés d'un Adhérent, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de cet Adhérent ou à la date d'effet de la résiliation de la Convention d'assurance.

1.3.2 POUR LES AYANTS DROIT A CHARGE DU PARTICIPANT

1.3.2.1 Quand débutent les garanties de vos ayants droit à charge ?

Les membres de la famille à charge bénéficient de la garantie dès que le Participant est lui-même admis à l'assurance.

1.3.2.2 Quand les garanties de vos ayants droit à charge sont-elles suspendues ?

L'assurance est suspendue pour les ayants droit d'un Participant dont les garanties sont suspendues.

1.3.2.3 Quand cessent les garanties de vos ayants droit à charge ?

La garantie cesse pour chaque enfant à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions pour être enfant à charge au sens du Régime. Il en est de même pour le conjoint, concubin ou partenaire de PACS s'il vient à perdre sa qualité d'ayant droit du Participant.

En outre, la cessation des garanties pour le Participant entraîne la cessation des garanties pour l'ensemble de ses ayants droit à la même date.

Toutefois, en cas de décès du Participant, les ayants droit à charge du Participant décédé, peuvent conserver une couverture Maladie-Chirurgie-Maternité pendant une durée de douze mois à compter du décès -et au-delà de cette période s'ils conservent le numéro d'immatriculation du Participant décédé- sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois suivant le décès et qu'ils s'acquittent de la cotisation correspondante.

1.4 - MAINTIEN DES GARANTIES

Le Régime prévoit d'une part, le maintien des garanties en cas d'arrêt de travail visé au 1.4.1 ci-après et d'autre part un maintien gratuit pendant neuf mois après rupture du contrat de travail en cas de maladie, chômage, adhésion à une Convention de Reclassement Personnalisée (CRP) ou un congé de reclassement comme indiqué au 1.4.2 ci-après, si les conditions requises au 1.4.2 sont remplies.

1.4.1 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas d'arrêt de travail d'un Participant indemnisé via le maintien total ou partiel de revenus par l'Adhérent ou le versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'indemnités journalières ou rente d'invalidité complémentaires financées au moins en partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées

directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties de la présente Convention restent acquises au Participant, ainsi qu'à ses ayants droit à charge, tant qu'il remplit les conditions pour être Participant, et cessent obligatoirement en cas de perte de la qualité de Participant et notamment selon le cas :

- à la date de rupture du contrat de travail, sous réserve de l'application éventuelle des dispositions concernant le maintien gratuit visé au 1.4.2 ci-après ou la portabilité des droits visée au 7 ;
- à la date de résiliation de l'adhésion de l'Adhérent ;
- à la date de résiliation de la Convention d'Assurance.

Toutefois, le Participant titulaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité dont le contrat de travail a été rompu, peut conserver une couverture Maladie - Chirurgie - Maternité, sous réserve d'en faire la demande dans les neuf mois suivant la date de rupture du contrat de travail s'il s'acquitte de la cotisation correspondante.

1.4.2 MAINTIEN DES GARANTIES PENDANT NEUF MOIS APRÈS RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'assurance est maintenue sans versement de cotisation pendant un délai maximum de neuf mois, à compter du terme du contrat de travail (préavis effectué ou non), aux Participants qui ont cotisé pendant au moins six mois au présent Régime d'une façon continue ou discontinue dans une ou plusieurs entreprises et qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- salarié licencié, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi ;
- salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme « légitime » au regard de la Convention d'Assurance Chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit à Pôle Emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'Assurance Chômage ;
- salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une Convention de Reclassement Person-

nalisé (CRP) en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;

- salarié licencié, ayant adhéré à un congé de reclassement en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;
- salarié qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période de neuf mois susvisée d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi.

Lorsque l'attestation d'inscription délivrée par Pôle Emploi ne peut être produite, le Participant doit fournir une justification de licenciement émanant de l'ancien employeur, accompagnée d'une attestation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi, jusqu'à ce qu'il puisse présenter l'attestation de Pôle Emploi.

Si certains salariés se trouvaient dans l'impossibilité de fournir les justifications ci-dessus prévues, leur cas serait soumis au Comité Paritaire de Gestion.

Au terme de la période de neuf mois susvisée, le Participant pourra conserver une couverture Maladie-Chirurgie-Maternité, sous la seule condition d'en faire la demande avant l'expiration de cette période, et de s'acquitter de la cotisation correspondante.

1.5 - ASSURÉS FACULTATIFS

Conformément à l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le Régime de prévoyance des salariés, la Convention prévoit, en complément du Régime couvrant obligatoirement les Participants et leurs ayants droit à charge, la mise en place d'un Régime facultatif offrant le même niveau de couverture que le Régime Professionnel Conventionnel.

1.5.1 DÉFINITION DES ASSURÉS FACULTATIFS

Peuvent s'affilier au Régime facultatif en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur affiliation par écrit :

- les conjoints, concubins ou partenaires de PACS, non à charge du Participant au sens du Régime Général de l'Assurance Maladie et couverts en qualité d'Assuré social à titre personnel par un Régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature ;
- les stagiaires dès lors qu'ils bénéficient d'un Régime de base de Sécurité sociale leur offrant des prestations en nature ;
- les enfants du Participant, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Cette affiliation doit intervenir dans les six mois qui suivent le terme de leurs études. Cette affiliation est limitée à vingt-quatre mois même non consécutifs ;
- les enfants de l'enfant couvert par le Régime au titre d'ayant droit d'un Participant ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à 15 jours et si cette suspension ne donne pas lieu à maintien total ou partiel de revenus par l'Adhérent ou au versement d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité de la Sécurité sociale ou d'indemnités journalières ou rente d'invalidité complémentaires financées au moins en partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

1.5.2 MODALITÉS D'AFFILIATION DES ASSURÉS FACULTATIFS

Toute personne qui remplit les critères ci-dessus et qui souhaite s'affilier doit faire une demande d'affiliation auprès de l'APGIS.

1.5.3 DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'AFFILIATION A TITRE FACULTATIF

La qualité d'Assuré facultatif prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation signé par l'intéressé ou son représentant légal, et accepté par l'APGIS pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année.

L'affiliation à titre facultatif peut-être dénoncée à l'initiative de l'Assuré facultatif par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'année de dénonciation. L'affiliation peut également être suspendue ou résiliée par l'APGIS pour non paiement de cotisation dans les conditions visées à l'article L 932-9 du Code de la Sécurité Sociale.

L'affiliation prend fin en tout état de cause :

- à la date à laquelle l'Assuré facultatif ne remplit plus les conditions pour être Assuré facultatif ;
- à la date à laquelle le membre Participant dont dépend l'Assuré facultatif perd sa qualité de membre Participant ;
- à la date d'effet de la résiliation de la Convention d'Assurance n° 9A.000.

1.5.4 COTISATIONS DES ASSURÉS FACULTATIFS

Le montant des cotisations est fixé pour chaque exercice par le Comité Paritaire de Gestion en fonction des résultats du Régime des Assurés facultatifs.

Les cotisations couvrant les Assurés facultatifs sont appelées par l'APGIS directement auprès de l'Assuré facultatif concerné ou de son représentant légal.

Elles sont payables mensuellement et dues le premier jour du mois auquel elles se rapportent. Elles sont payées directement par chaque Assuré facultatif (ou son représentant légal) qui est seul responsable du versement des cotisations.

A défaut du paiement des cotisations par un Assuré facultatif, dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues quarante jours après l'envoi par l'APGIS d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Elle informe l'Assuré facultatif qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son affiliation.

2

Quelles sont les prestations ?

2.1 - CONTRAT RESPONSABLE

Le Régime se conforme au cahier des charges des contrats dits responsables (ou aidés) tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale et les dispositions y afférant. Il respecte notamment le minimum de couverture imposé lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins et inversement, il ne rembourse pas les pénalités financières appliquées hors parcours de soins.

Aucune prise en charge totale ou partielle des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier personnel, lorsque ce dernier sera mis en œuvre.

2.1.1 NON RESPECT DU PARCOURS DE SOINS (ARTICLE L.161-32-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Sont exclus de la prise en charge par le Régime :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant, ou, à compter de sa mise en place, non autorisation d'accès au dossier médical personnalisé) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

2.1.2 PARTICIPATIONS FORFAITAIRES (ARTICLE L 322-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Sont exclus de la prise en charge par le Régime :

- la participation forfaitaire mise à la charge des Assurés sociaux 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 ;

- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

2.1.3 ACTIONS DE PREVENTION

En outre, l'APGIS prend en charge deux prestations de prévention prises dans la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par l'arrêt du 8 juin 2006 (publié au Journal Officiel du 18 juin 2006).

Dans le cadre du présent Régime, l'APGIS a décidé de retenir en priorité :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, effectué sur les premières et deuxièmes molaires des adolescents avant leur quatorzième anniversaire ;
- le dépistage, une fois tous les cinq ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.

2.2 - DÉFINITION DES PRESTATIONS

2.2.1 NATURE DES PRESTATIONS REMBOURSEES

Sauf exceptions expressément prévues dans le tableau des garanties annexé à la présente Convention, le Régime n'intervient qu'en complément des remboursements de prestations en nature effectués par un Régime Obligatoire de base d'Assurance Maladie, d'Assurance Maternité ou d'Accident du travail.

Les remboursements effectués au titre de l'article 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont pris en considération au même titre que ceux effectués par tout autre Régime Obligatoire.

2.2.2 LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

En aucun cas le remboursement du Régime ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du Participant ou de l'Assuré facultatif après les remboursements de toute nature auxquels il a droit (Sécurité sociale et autres Régimes complémentaires ou supplémentaires).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire de la garantie peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à la charge de l'intéressé est déterminée par l'APGIS, acte par acte.

L'APGIS se réserve la faculté de demander la justification de ces frais. Elle peut également demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre Régime de Prévoyance ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

Il est toutefois précisé que tout membre de la famille à charge du Participant, quel qu'il soit, pouvant prétendre à des remboursements complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale (Régime Général ou Régime des Etudiants ou autre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie) au titre d'un autre organisme, doit obtenir ses remboursements en premier lieu, l'APGIS intervenant pour le complément éventuel dans la limite des frais réels restant à charge après intervention dudit organisme.

2.2.3 DATES DES PRESTATIONS REMBOURSÉES

L'APGIS ne rembourse pas les frais dont la date des soins est antérieure à la date d'effet de l'affiliation, ou postérieure à la date de suspension ou de résiliation de l'affiliation du Participant ou de l'Assuré facultatif.

La date retenue concernant la date des soins est celle utilisée par le Régime Obligatoire.

2.2.4 BASE DE PRESTATIONS

Les remboursements sont effectués selon les modalités indiquées dans le tableau des garanties annexé à la présente notice et fixés :

- soit en % des remboursements effectués par le Régime Obligatoire (RSS) ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) ;
- soit en % de la Base de Remboursement utilisée par le Régime Obligatoire (BR) ;
- soit en % des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires dans la limite des frais réels.

2.2.5 DÉFINITION DE CERTAINS POSTES

Les remboursements du Régime sont effectués selon les taux et dans les limites données dans le tableau des garanties.

2.2.5.1 Actes de spécialistes

Entrent dans cette rubrique, les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire, ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.

Ne sont pas concernés par cette rubrique, les actes de chirurgie dentaire qui sont remboursés selon le niveau visé au poste « soins dentaires ».

2.2.5.2 Frais d'hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire ;
- les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire ;
- et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.

Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le Régime Obligatoire.

2.2.5.3 Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du Régime Obligatoire au titre de l'Assurance Maternité donnent lieu à l'intervention du Régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.

2.2.5.4 Prothèse Dentaire

Les couronnes sur dents vivantes non remboursées par le Régime Obligatoire sont également remboursées selon les modalités fixées au tableau de garantie.

La personne assurée ne pourra être remboursée que si elle joint à sa demande de remboursement, les décomptes de prestations du Régime Obligatoire ainsi qu'une note du praticien justifiant le paiement des dépenses engagées et indiquant la nature de la prothèse effectuée.

2.3 - PROCÉDURE DU DEVIS POUR BÉNÉFICIER D'UN REMBOURSEMENT MAJORÉ

Le Régime prévoit que le niveau de remboursement des verres de lunettes, des prothèses dentaires et de l'orthodontie, peut être majoré si l'intéressé adresse, préalablement à la réalisation des soins, un devis à l'APGIS en charge de ses remboursements de frais de santé.

L'APGIS met à la disposition des intéressés sur simple demande, le formulaire IDECLAIR (voir paragraphe 4.1) pour les devis en optique et en dentaire. Le participant peut utiliser un autre formulaire à condition que celui-ci mentionne précisément les éléments suivants :

En dentaire (prothèses et orthodontie) :

- Nom, prénom, N° de Sécurité sociale de l'Assuré
- Nom, prénom, date de naissance du bénéficiaire des soins
- Numéro de la dent
- Cotation
- Tarification par dent
- Base de remboursement Sécurité sociale

- Signature de l'Assuré
- Signature et cachet du praticien
- Date du devis

Pour les équipements optiques :

- Nom, prénom, N° de Sécurité sociale de l'Assuré
- Nom, prénom, date de naissance du bénéficiaire des soins
- Correction visuelle
- Code LPP pour chaque œil
- Type de verres
- Matériau utilisé
- Surface des verres
- Indice des verres
- Frais réels par verre
- Frais réels pour la monture
- Base de remboursement Sécurité sociale
- Signature de l'Assuré
- Signature et cachet du praticien
- Date du devis

Tout devis transmis à l'APGIS fait l'objet d'une réponse dans un délai maximum de quinze jours suivant la réception du devis. La réponse précise si le devis est complet et si le coût semble adapté aux prestations envisagées.

Toute demande de remboursement de verres, de prothèses dentaires ou de frais d'orthodontie présentée plus de six mois après la réponse de l'APGIS sur le devis complet, ne bénéficiera pas d'un remboursement majoré sur ces actes. En tout état de cause, pour bénéficier du remboursement majoré, les actes repris sur la facture présentée doivent correspondre aux éléments figurant sur le devis.

En l'absence de devis préalable dans les six mois qui précède la date des soins (date retenue par le Régime Obligatoire), ou en cas de devis incomplet, le remboursement des prestations sera effectué selon le barème sans devis indiqué dans le tableau des garanties.

2.4 - TABLEAU DES GARANTIES

Le montant des remboursements est fixé dans le tableau en Annexe avec toutefois l'application des conditions relatives au contrat responsable et selon la définition des prestations précisées ci-avant.

Ce tableau détaille le niveau de couverture souscrit par l'entreprise, y compris les garanties du Régime Professionnel.

3

Quelles sont les modalités de remboursement ?

3.1 - DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Le paiement des prestations du Régime peut se faire soit par télétransmission (NOEMIE) avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), soit par l'envoi du décompte de remboursement de la Sécurité sociale à l'APGIS.

Lors de la télétransmission, c'est à dire de l'envoi direct du décompte Sécurité sociale par la CPAM, le décompte Sécurité sociale comporte un message indiquant que celui-ci a été télétransmis au gestionnaire en charge de votre complémentaire santé.

Si ce message ne concerne pas l'ensemble des actes figurant sur le décompte Sécurité sociale ou si ce message n'apparaît pas, il convient d'adresser l'original du décompte Sécurité sociale à l'APGIS.

3.2 - PIÈCES JUSTIFICATIVES

Dans tous les cas (télétransmission et décomptes papier) il est nécessaire d'adresser à l'APGIS les documents suivants :

- les factures détaillées, poste par poste, justifiant des frais réellement engagés sont indispensables en cas :
 - d'intervention chirurgicale, d'hospitalisation (bordereau AMC acquitté),
 - de prothèse dentaire précisant la nature des travaux effectués et le nombre d'éléments,
 - d'orthopédie, et de prothèse non dentaire,
 - d'optique, en séparant le coût de la monture et celui de chaque verre,
 - de lentilles cornéennes ;
- le reçu correspondant au « Ticket Modérateur » réglé directement par le salarié à un professionnel de santé.

3.3 - DÉLAIS POUR DEMANDER LE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance, être transmises dans les deux ans qui suivent le paiement effectué par le Régime Obligatoire ou la date des soins si le remboursement concerne une prestation non remboursée par le Régime Obligatoire mais donnant droit à un remboursement au titre du Régime.

3.4 - DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, vous pouvez effectuer une demande de prise en charge à l'APGIS en indiquant, par courrier ou par téléphone :

- les coordonnées exactes du centre hospitalier ou de la clinique,
- le nom, prénom, numéro de Sécurité sociale du Participant ou de l'Assuré facultatif,
- le nom, prénom de la personne hospitalisée (salarié, conjoint, concubin, pacsé, enfant...),
- la date d'entrée à l'hôpital ou à la clinique et le service concerné.

3.5 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Il est rappelé aux Participants, que conformément à la loi « Informatique et libertés », ils peuvent obtenir communication et, le cas échéant, rectification de toute information les concernant sur les fichiers de l'Assureur ou du gestionnaire mandaté.

**Les courriers sont à adresser à : APGIS
12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex.**

3.6 - SUBROGATION

Lorsque le Participant ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'APGIS dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

4

Quels sont les services proposés ?

4.1 - DEVIS OPTIQUE ET DENTAIRE : LE SERVICE IDECLAIR

Certaines dépenses de santé sont particulièrement élevées, notamment celles relatives à l'optique et aux prothèses dentaires.

Pour connaître votre reste à charge avant d'effectuer les soins, limiter ce reste à charge et éviter l'avance de frais pour la partie remboursée par le Régime, l'APGIS vous propose le service IDECLAIR.

Par ailleurs, l'utilisation du service IDECLAIR permet, selon les conditions définies ci-avant, de bénéficier de la majoration du remboursement.

4.1.1 UTILISATION DU SERVICE IDECLAIR

Avant de faire réaliser une prothèse dentaire ou des travaux orthodontiques, d'acheter des lunettes ou des lentilles :

- vous demandez à votre praticien de remplir un devis IDECLAIR (ces devis sont disponibles auprès de votre entreprise ou sur le site www.apgis.com) ;
- vous transmettez ce devis à l'APGIS accompagné des documents nécessaires mentionnés au dos du devis ;
- sous 48 heures (hors délais postaux), l'APGIS s'engage à vous indiquer le montant de son remboursement complémentaire ainsi que la somme restant à votre charge et à vous faire part de ses commentaires sur le niveau de prix proposé par votre praticien ou opticien. De plus, l'APGIS vous confirme si elle est d'accord pour pratiquer l'avance de frais correspondant au montant du remboursement APGIS.

4.2 - SERVEUR VOCAL SITE INTERNET

L'APGIS met à votre disposition un service de consultation et d'information :

- soit par téléphone accessible par une ligne dédiée,
- soit par internet www.apgis.com.

Ce service vous permet de vérifier le détail des remboursements effectués pour vous et votre famille sur une période de 40 jours.

La confidentialité est assurée grâce à un code confidentiel personnel adressé directement à votre domicile. Ce numéro sera reporté sur chaque décompte.

Vous pouvez obtenir, par la ligne téléphonique dédiée, des informations concernant les procédures de remboursements et les démarches administratives à effectuer en cas de changement de situation (nom, naissance, adresse...).

4.3 - SYSTÈME DE TÉLÉTRANSMISSION NOEMIE

NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est un système qui permet à l'APGIS et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de dialoguer entre elles par télétransmission.

Grâce à ce système, vous n'avez plus besoin d'adresser votre décompte de Sécurité sociale à l'APGIS. C'est la CPAM qui s'en charge directement dès qu'elle a traité la feuille de soins.

Pour bénéficier de ce service, vous devez transmettre à l'APGIS la photocopie de votre attestation Sécurité sociale à jour reprenant l'ensemble de vos ayants-droit.

Attention, même si vous bénéficiez du système NOEMIE, vous devez fournir les pièces justificatives de vos dépenses demandées au paragraphe 3.2 :

Cas particulier de personnes ne pouvant pas bénéficier du système NOEMIE

Ne peuvent pas bénéficier du système NOEMIE :

- les bénéficiaires de la garantie adhérent à un autre Régime complémentaire frais médicaux,
- les enfants ayant leur propre numéro d'affiliation Sécurité sociale,
- les bénéficiaires dépendant d'un Régime

social obligatoire autre que le Régime général de la Sécurité sociale (SNCF, MGEN, TNS...).

- les bénéficiaires tels que définis aux articles 1.4.2 et 7 de la présente notice.

4.4 - SERVICE DE GESTION DÉDIÉ

Pour toute information, vous pouvez vous adresser au service de gestion APGIS dédié à la gestion du Régime de l'Industrie Pharmaceutique.

APGIS

**Service Gestion Industrie Pharmaceutique
12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex
Tél. 01.49.57.16.36 - Fax 01.49.57.16.34**

5

Qu'est-ce que le fonds de solidarité ?

Le Régime comporte un fonds de solidarité géré par le Comité Paritaire de Gestion.

5.1 - OBJET DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Le fonds de solidarité est destiné à permettre l'attribution sur décision du Comité Paritaire de Gestion, d'allocations exceptionnelles, éventuellement en complément des remboursements déjà effectués par la Sécurité sociale et/ou par le Régime, à des salariés qui ont dû faire face à des dépenses particulièrement importantes compte tenu de leurs ressources familiales.

Ces allocations peuvent également être attribuées pour les dépenses qui ne figurent pas à la nomenclature de la Sécurité sociale lorsqu'il s'agit de techniques, de soins ou de médicaments en voie d'homologation.

Le Comité examine les dossiers présentés en tenant compte de divers éléments : âge, situation de famille, niveau de ressources familiales, montant des frais insuffisamment remboursés ou non remboursés par la Sécurité sociale et/ou le Régime.

5.2 - COMMENT FAIRE APPEL AU FONDS DE SOLIDARITÉ

Pour faire appel au fonds de solidarité vous devez faire une demande écrite accompagnée de pièces justificatives (factures, décomptes de Sécurité sociale, ressources du foyer etc.) adressée à :

APGIS

**Fonds de solidarité de l'Industrie Pharmaceutique
12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex**

6

Quelle couverture pour les assurés ne bénéficiant plus du présent Régime ?

6.1 - ANCIENS SALARIÉS

L'accord collectif sur le Régime frais de santé des anciens salariés prévoit la mise en place d'un Régime destiné à permettre aux retraités et à certains autres anciens salariés et à leurs ayants droit, de bénéficier d'une garantie Maladie-Chirurgie-Maternité.

Peuvent conserver une couverture Maladie-Chirurgie-Maternité les anciens salariés qui, à l'issue de la rupture de leur contrat de travail et après application éventuelle du maintien des garanties visés au 1.4 et de la portabilité visée au 7.2, sont bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la Sécurité Sociale ;
- d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'Assurance Vieillesse ;
- ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi et n'ont pas droit ou plus droit au maintien des garanties.

Peuvent également adhérer au Régime des anciens salariés, les ayants droit à charge d'un Participant décédé sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent le décès.

6.1.1 CONDITIONS DE COUVERTURE

Pour en bénéficier, les personnes concernées doivent :

- en faire la demande :
 - dans les neuf mois qui suivent la rupture du contrat de travail pour les anciens salariés ;
 - dans les six mois qui suivent le décès du Participant pour les ayants droit d'un Participant décédé ;
- adhérer à titre individuel à la Convention relative au Régime des anciens salariés proposée par l'APGIS ;
- payer les cotisations correspondantes.

Sous réserve du paiement des cotisations, la garantie devient effective :

- dès le 1^{er} jour de la cessation de la garantie du Régime des actifs si la demande est présentée dans les trois mois suivant cette cessation ;
- le lendemain de la demande si celle-ci est présentée au-delà d'un délai de trois mois suivant la cessation de garantie du Régime des actifs.

6.1.2 MONTANT DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS

Les prestations sont identiques aux garanties du Régime dont bénéficient les salariés actifs (voir tableau des garanties en annexe).

Le montant des cotisations est fixé pour chaque exercice par le Comité Paritaire de Gestion en fonction des résultats du Régime des anciens salariés.

6.2 - ASSURANCE INDIVIDUELLE APRÈS RÉSILIATION DE LA CONVENTION OU DE L'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

Une assurance individuelle peut être souscrite en s'adressant à l'APGIS dans les deux mois qui suivent la résiliation de la Convention ou de l'adhésion de l'entreprise, lorsque celles-ci ne sont pas remplacées par un autre contrat d'assurance de groupe, par tout Participant dont le contrat de travail est en vigueur et tout Assuré facultatif.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des garanties est au plus équivalent à celui du présent Régime.

7

Comment bénéficier du maintien des droits au titre de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 ?

7.1 - PORTABILITE DES DROITS

Les Participants non bénéficiaires du maintien gratuit tel que défini à l'article 1.4.2 (page 10 de la présente notice) mais éligible au dispositif de portabilité des droits en application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 modifié par son avenant n°3, peuvent prétendre au maintien des couvertures du présent régime.

Sous réserve de l'exercice de leur droit à renoncement, exprimé dans les dix jours de la rupture ou de la fin du contrat de travail, et dès lors qu'ils se sont acquittés de la part de cofinancement de la cotisation à leur charge, ils bénéficient, pendant la durée définie par l'ANI, du maintien des droits dans les mêmes conditions et limites que ceux des Participants en activité.

7.2 - CONDITIONS DE COUVERTURE

Pour en bénéficier, les Participants concernés, sous réserve que leurs droits à couverture aient été ouverts chez l'entreprise adhérente, doivent :

- compléter et signer le bulletin de demande de maintien des garanties Prévoyance et Frais Médicaux ;
- régler la part de cofinancement de la cotisation à leur charge ;
- justifier de leur inscription à Pôle Emploi.

7.3 - MONTANT DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS

Les prestations sont identiques aux garanties du Régime dont bénéficient les salariés actifs (voir tableau des garanties en annexe).

Les cotisations sont identiques à celle du régime des salariés actifs.

Les garanties cessent :

- à l'issue de la période de maintien des droits au titre de la portabilité ;
- dès lors que le Participant ne justifie plus de son inscription à Pôle emploi.

Le Participant pourra alors conserver une couverture Maladie - Chirurgie - Maternité à condition :

- d'en faire la demande auprès de l'Assureur dans les neuf mois qui suivent la rupture du contrat de travail,
- d'adhérer à titre individuel à l'une des formules proposées par l'Assureur, en particulier, le Participant pourra adhérer au Régime des anciens salariés visé au 6.1 s'il vérifie les conditions pour en bénéficier.

apgis

12, rue Massue - 94684 Vincennes cedex
Tél. 01.49.57.16.36 - Fax 01.49.57.16.34

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité
Sociale sous le N° 930, régie par l'article L 931/1 du Code de la Sécurité Sociale.