



348 rue Puech Villa – B.P. 7209
 34183 MONTPELLIER Cedex 04
 Tél : 09 69 32 34 13 (appel non surtaxé)
 Fax : 09 69 39 77 40

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
 ENTREPRISES D'INSTALLATION SANS
 FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN,
 REPARATION, DEPANNAGE DE MATERIEL
 AERAUQUE, THERMIQUE, FRIGORIFIQUE ET
 CONNEXES**

Adhésion

Modification d'adhésion

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° Contrat
 - CCN015310 : Premium à adhésion collective obligatoire
 - CCN015311 : Premium Plus à adhésion collective obligatoire

Date d'effet de l'adhésion : 01/ /

**CONTRAT STANDARD
 SURCOMPLEMENTAIRE
 OBLIGATOIRE
 « SANTE CCN FROID »**

**GARANTIES FRAIS DE SANTE
 COMPLEMENTAIRES A CELLES DU REGIME
 CONVENTIONNEL**

Raison sociale : _____
 Adresse du siège social : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Adresse de correspondance (si différente) : _____
 Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____
 Date de création : _____ Forme juridique : _____
 Code NAF : _____ N° SIRET : _____
 Nature de l'activité : _____
 Effectif assuré concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
 agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ **déclare, adhérer** au
 contrat⁽²⁾ ci-dessous retenu assuré par Humanis Prévoyance, comme suit (cochez en fonction de vos souhaits) :

Catégorie	<input type="checkbox"/> l'ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/> son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> son personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
Option⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Premium Plus ⁽⁴⁾
Affiliation des ayants droit ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> Facultatif

- (1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- (2) Le contrat ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.
- (3) Cochez le contrat choisi en fonction du niveau de garanties que vous souhaitez retenir. Le niveau de garanties retenus par l'entreprise s'appliquent à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.
- (4) Si vous choisissez le niveau de garanties Premium Plus n°CCN015311, votre contrat ne respecte pas l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ». L'ADHERENT reconnaît que son attention a été spécialement attirée par l'INSTITUTION sur les conséquences de la non-conformité du niveau de garanties « Premium Plus » au contrat responsable, dont, notamment, l'absence de déduction de charges sociales sur la participation patronale au financement des garanties et le taux majoré de taxe sur les conventions d'assurance.
- (5) Ce choix doit être strictement identique à celui effectué au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes n° CCN015100. De ce fait, la structure de cotisations sera également strictement identique à celle du contrat cité ci-dessus.

> ENGAGEMENT

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent bulletin par Humanis Prévoyance et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance.

Les garanties et les cotisations du contrat figurent en annexe au présent bulletin d'adhésion. L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat (le bulletin d'adhésion, les Conditions Générales Humanis Prévoyance référencées « CG/HP/FS 02.13 » et ses dispositions contractuelles complémentaires annexées) et la notice d'information « NI-SANTE FROID –FS 11.15 – obligatoire ».

L'employeur
Fait à _____ le _____
Signature (et cachet)

HUMANIS PREVOYANCE
Fait à _____ le _____
Le Directeur
Signature (et cachet)

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelle en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

TOURNEZ SVP ▶

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par le Titre IX du Livre III du Code de la Sécurité Sociale – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75009 Paris

Le présent contrat est distribué par OFRACAR FINANCES , société de courtage d'assurance, SARL au capital de 152 250 €, n° RCS 431 565 803, n° ORIAS 07008273, 3 rue Charpak, Parc d'activité de la Vatine, 76130 MONT-SAINT-AIGNAN

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'INSTALLATION SANS FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN, REPARATION, DEPANNAGE DE MATERIEL AERAIQUE, THERMIQUE, FRIGORIFIQUE ET CONNEXES

CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE

« SANTE CCN FROID »

CCN015310/CCN015311

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES 1/6

PREMIUM

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale et en complément du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéralique, thermique, frigorifique et connexes dénommé ci-après « le régime frais de santé conventionnel ».

L'INSTITUTION verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale et en complément des remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale, du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel.

Descriptif des garanties	Prestations
. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins)	<i>Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels</i> <i>Etablissements non conventionnés : 90 % des Frais Réels</i>
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	300 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	100 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	110,95 euros par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	63,40 euros par jour
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
. Consultation, visite d'un généraliste adhérent au CAS	300 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non adhérent au CAS	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	300 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue adhérent au CAS	300 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue non adhérent au CAS	100 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	300 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel adhérent au CAS	300 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel non adhérent au CAS	100 % de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	150 % de la BR

Descriptif des garanties	Prestations
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾) SUITE	
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	150 % de la BR
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	100 % de la BR
. MEDECINE ALTERNATIVE	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Ostéodensitométrie	125 euros par an et par bénéficiaire
. Bilan nutritionnel	75 euros par an et par bénéficiaire
. PHARMACIE	
. Vaccins non remboursés par la SS (grippe, hépatite, fièvre jaune)	75 euros par an et par bénéficiaire
. Forfait addiction (patch, bilan dépendance...)	75 euros par an et par bénéficiaire
. Contraception (pilule ou stérilet)	75 euros par an et par bénéficiaire
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	300 % de la BR
. DENTAIRE	
. Soins dentaires	300 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	
- Couronne	260 % de la BR
- Inlay-core / inlay-core à clavette	275 % de la BR
- Appareil dentaire 1 à 3 dents	275 % de la BR
- Appareil dentaire complet (14 dents)	275 % de la BR
- Bridge de 3 éléments	260 % de la BR
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse)	700 euros par an et par bénéficiaire
. Implant (implant et pilier implantaire)	Bonus fidélité : + 100 euros par an dès la deuxième année dans la limite de 9 années
. Orthodontie prise en charge par la SS	275 % de la BR
. Orthodontie non prise en charge par la SS	600 euros par an et par bénéficiaire
. Traitement Blanchiment des dents	100 euros par an et par bénéficiaire
. OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Enfants de moins de 18 ans Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la monture est limité à 150 euros. Cette limite s'entend y compris les remboursements effectués au titre du régime conventionnel	270 euros
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Adultes et Enfants de 18 ans et plus Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Cf. Grille Optique
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	200 euros par an et par bénéficiaire
. Kératotomie (traitement laser de la myopie)	10 % du PMSS par œil par an et par bénéficiaire

Descriptif des garanties	Prestations
. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	300 % de la BR
. Prothèses auditives	300 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Cures thermales prises en charge par la SS	15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Maternité	10 % du PMSS

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / CAS = contrat d'accès aux soins

GRILLE OPTIQUE

PREMIUM		Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. ⁽¹⁾	
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>					
a	sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	105,00 €
c	sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	85,00 €
c	sphère < -10 ou >+10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	85,00 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>					
a	cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	105,00 €
c	cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	85,00 €
c	cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	85,00 €
c	cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	85,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>					
c	sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	155,00 €
f	sphère < -4 ou >+4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	125,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>					
c	sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	205,00 €
f	sphère < -8 ou >+8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	195,00 €
Monture		2223342	2,84 €	1,70 €	80,00 € ⁽²⁾

(1) Le remboursement assureur s'entend par verre ;

(2) dans la limite de 150 euros. Cette limite s'entend y compris les remboursements effectués au titre du régime frais de santé conventionnel .

PREMIUM PLUS

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale, en complément du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéronautique, thermique, frigorifique et connexes dénommé ci-après « le régime frais de santé conventionnel »..

L'INSTITUTION verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la Sécurité sociale, en complément des remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité Sociale, du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel.

Descriptif des garanties	Prestations
. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour (frais de structure et de soins)	<i>Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels</i> <i>Etablissements conventionnés : 90 % des Frais Réels</i>
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR
. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	100 % des Frais Réels
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	100 % des Frais Réels
. Forfait acte lourd	Pris en charge
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
. Consultation, visite d'un généraliste adhérent au CAS	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste non adhérent au CAS	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent au CAS à l'exception des Psychiatres, Neuropsychiatres, Neurologues	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue adhérent au CAS	400 % de la BR
. Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue non adhérent au CAS	400 % de la BR
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	400 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel adhérent au CAS	400 % de la BR
. Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel non adhérent au CAS	400 % de la BR
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR
. Radiologie, Imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale réalisés par un médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins	400 % de la BR

. MEDECINE ALTERNATIVE	
. Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Ostéodensitométrie	250 euros par an et par bénéficiaire
. Bilan nutritionnel	150 euros par an et par bénéficiaire
. PHARMACIE	
. Vaccins non remboursés par la SS (grippe, hépatite, fièvre jaune)	150 euros par an et par bénéficiaire
. Forfait addiction (patch, bilan dépendance...)	150 euros par an et par bénéficiaire
. Contraception (pilule ou stérilet)	100 euros par an et par bénéficiaire
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % des Frais Réels
. DENTAIRE	
. Soins dentaires	500 % de la BR
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	
- Couronne	460 % de la BR
- Inlay-core / inlay-core à clavette	475 % de la BR
- Appareil dentaire 1 à 3 dents	475 % de la BR
- Appareil dentaire complet (14 dents)	475 % de la BR
- Bridge de 3 éléments	460 % de la BR
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse)	2200 euros par an et par bénéficiaire
. Implant (implant et pilier implantaire)	
. Orthodontie prise en charge par la SS	475 % de la BR
. Orthodontie non prise en charge par la SS	1000 euros par an et par bénéficiaire
. Traitement Blanchiment des dents	200 euros par an et par bénéficiaire
. OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Enfants de moins de 18 ans Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la monture est limité à 150 euros.	800 euros
EQUIPEMENT OPTIQUE (2 verres et une monture) Adultes et Enfants de 18 ans et plus Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Cf. Grille Optique
. Lentilles prises en charge ou non par la SS	200 euros par an et par bénéficiaire
. Kératotomie (traitement laser de la myopie)	20 % du PMSS par œil par an et par bénéficiaire
. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	500 % de la BR
. Prothèses auditives	500 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Cures thermales prises en charge par la SS	25 % du PMSS par an et par bénéficiaire
. Maternité	15 % du PMSS

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / CAS = contrat d'accès aux soins

GRILLE OPTIQUE

PREMIUM PLUS		Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. ⁽¹⁾	
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>					
a	sphère de -6 à +6	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	317,50 €
c	sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	297,50 €
c	sphère < -10 ou >+10	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	297,50 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>					
a	cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	317,50 €
c	cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	297,50 €
c	cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	297,50 €
c	cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	297,50 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>					
c	sphère de -4 à +4	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	297,50 €
f	sphère < -4 ou >+4	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	267,50 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>					
c	sphère de -8 à +8	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	277,50 €
f	sphère < -8 ou >+8	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	267,50 €
Monture		2223342	2,84 €	1,70 €	185,00 €

(1) Le remboursement assureur s'entend par verre.

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'INSTALLATION
SANS FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN, REPARATION, DEPANNAGE DE
MATERIEL AERAILIQUE, THERMIQUE, FRIGORIFIQUE ET CONNEXES**

**CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE
« SANTE CCN FROID »
CCN015310/CCN015311**

ANNEXE : COTISATIONS

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DES ENTREPRISES
D'INSTALLATION SANS FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN, REPARATION, DEPANNAGE DE MATERIEL AERAILIQUE,
THERMIQUE, FRIGORIFIQUE ET CONNEXES

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante,
selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 218 euros en 2016)</i>	
OPTION PREMIUM (CCN015310)	
Participant seul	+ 0,81 %
Conjoint	+ 0,81 %
Par enfant à charge*	+ 0,29 %
Famille	+ 1,46 %
OPTION PREMIUM PLUS (CCN015311)	
Participant seul	+ 1,78 %
Conjoint	+ 1,78 %
Par enfant à charge*	+ 0,80 %
Famille	+ 3,35 %

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES
D'INSTALLATION SANS FABRICATION Y COMPRIS ENTRETIEN,
REPARATION, DEPANNAGE DE MATERIEL AERAIQUE, THERMIQUE,
FRIGORIFIQUE ET CONNEXES**

**CONTRAT STANDARD SURCOMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE
« SANTE CCN FROID »
CCN015310/CCN015311**

**DISPOSITIONS CONTRACTUELLES COMPLEMENTAIRES AUX CONDITIONS
GENERALES HUMANIS PREVOYANCE « CG/HP/FS 02.13 »**

DEFINITIONS

L'article 2 « DEFINITIONS » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 est complété comme suit :

« **Contrat d'accès aux soins (CAS)** : Contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. »

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

L'article 3 « CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » des Conditions Générales CG/HP/FS 02. est remplacé comme suit :

« L'option Premium plus ne respecte pas l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

L'option Premium plus ne respecte pas l'ensemble des conditions posées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

L'option Premium respecte quant à elle l'ensemble des conditions visées ci-dessus.

Sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'INSTITUTION ne rembourse pas :**

- Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

Le contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ». »

BENEFICIAIRES

L'article 6.3 « Bénéficiaires » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 est remplacé comme suit :

« 6.3 Bénéficiaires

6.3.1 Choix de Bénéficiaires

Sont couverts, au choix de l'ADHERENT et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise :

- les PARTICIPANTS à l'exclusion de leurs ayants droit,
- les PARTICIPANTS conjointement avec leurs ayants droit.

Le choix de couvrir les seuls PARTICIPANTS ou les PARTICIPANTS et leurs ayants droit influe sur la cotisation.

- En cas d'adhésion obligatoire des ayants droit, la cotisation est identique pour chacun des PARTICIPANTS quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du PARTICIPANT et de ses éventuels ayants droit.
- En cas d'adhésion facultative des ayants droit, ces derniers sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'INSTITUTION des justificatifs visés ci-après. Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

L'ADHERENT effectue son choix, identique à celui opéré au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes n° CCN015100, via le Bulletin d'Adhésion.

En tout état de cause, les ayants droit affiliés au titre du présent contrat doivent être identiques à ceux déclarés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes n° CCN015100.

6.3.2 Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT :

- le conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- la personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du PARTICIPANT :
 - Les enfants du PARTICIPANT, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du PARTICIPANT (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du PARTICIPANT, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

- être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le PARTICIPANT verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

6.3.3 Adhésion des ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise, le PARTICIPANT déclare ses ayants droit à l'INSTITUTION.

Les modalités de déclaration des ayants droit varient selon que la couverture de ces derniers est obligatoire ou facultative.

Adhésion obligatoire des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est obligatoire, les bénéficiaires du contrat sont identiques à ceux du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n° CCN015100. La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'INSTITUTION accepte la modification des ayants droit à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale du PARTICIPANT (notamment naissance, décès, séparation...). Le PARTICIPANT est tenu d'informer l'ADHERENT et l'INSTITUTION de ces modifications.

Adhésion facultative des ayants droit

Lorsque la couverture des ayants droit est facultative, le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'INSTITUTION les ayants droit dont il entend assurer la couverture sous réserve qu'ils soient bénéficiaires du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel référencé sous le n°CCN015100.

En tout état de cause, les bénéficiaires au titre du contrat doivent être identiques à ceux affiliés au contrat socle.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du PARTICIPANT.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le PARTICIPANT peut affilier ou modifier les bénéficiaires au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'INSTITUTION de la demande d'extension.

En tout état de cause le PARTICIPANT est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants droit à l'INSTITUTION et de s'acquitter des cotisations afférentes.

6.3.4 Justificatifs à fournir

Le PARTICIPANT doit joindre avec le Bulletin Individuel d'Adhésion, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le Bulletin Individuel doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les Bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives.

Le PARTICIPANT s'engage à informer l'INSTITUTION de toute modification de sa situation ou de celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de Bénéficiaire.

6.3.5 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'INSTITUTION au titre des ayants droit est due :

- 1°) en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit, à la date d'affiliation du PARTICIPANT,
- 2°) en cas d'affiliation facultative des ayants droit, à la date de production de l'ensemble des pièces visées ci-dessus. »

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Il est ajouté à l'article 6.5 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 les dispositions suivantes :

« En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'INSTITUTION en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'INSTITUTION de la déclaration faite par l'ADHERENT.

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du PARTICIPANT de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le PARTICIPANT peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du PARTICIPANT pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'INSTITUTION les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.»

MAINTIEN DES GARANTIES SANTE A TITRE GRATUIT AU TITRE DE L'ARTICLE L911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Les dispositions de l'article 7.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 relatives à la « Portabilité des droits » sont remplacées comme suit :

« 7.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du PARTICIPANT à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'INSTITUTION tient à la disposition de l'ADHERENT un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du PARTICIPANT cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'ADHERENT d'informer le PARTICIPANT du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat.

Obligations déclaratives

Le PARTICIPANT s'engage à fournir à l'INSTITUTION :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

Garanties

Le PARTICIPANT bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au PARTICIPANT.

L'ADHERENT s'engage à informer le PARTICIPANT de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'INSTITUTION.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. »

MAINTIEN DE GARANTIES SANTE AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN DU 31 DECEMBRE 1989

Les dispositions de l'article 7.2 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 relatives au « Maintien des garanties santé » sont remplacées comme suit :

« 7.2 Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent continuer à bénéficier de la garantie Frais de santé à titre individuel sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux les personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les personnes garanties du chef du PARTICIPANT décédé.

La garantie Frais de santé peut être aussi maintenue aux anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement dans les mêmes conditions.

Sous réserve d'être informé par l'ADHERENT de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du PARTICIPANT, l'INSTITUTION leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale ou du décès du PARTICIPANT.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'INSTITUTION dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès du PARTICIPANT.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande. »

PAIEMENT DES COTISATIONS

Il est ajouté à l'article 8 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13, les dispositions suivantes :

« Extension facultative des garanties aux membres de la famille :

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond de la Sécurité Sociale.

Les cotisations concernant l'extension facultative des garanties aux membres de la famille du PARTICIPANT sont recouvrées auprès du PARTICIPANT sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la Bulletin Individuel d'adhésion.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'extension des garanties aux membres de la famille par l'INSTITUTION ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le PARTICIPANT peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

La couverture de l'extension facultative non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'INSTITUTION les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. »

PRESCRIPTION

Par dérogation à l'article 11.2 « Prescription » des Conditions Générales, les modalités d'interruption de la prescription sont remplacées comme suit :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'INSTITUTION au participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le participant ou ses ayants droit à l'INSTITUTION en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité. »

RÉCLAMATIONS – MEDIATION

L'article 13 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 intitulé « RÉCLAMATIONS – MEDIATION » est modifié comme suit :

« L'INSTITUTION met à la disposition des ADHERENTS, des PARTICIPANTS la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

A compter de la réception de la réclamation, l'INSTITUTION apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'INSTITUTION et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le PARTICIPANT, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'INSTITUTION, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
mediateur@ctip.asso.fr
www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine. »

GARANTIES FRAIS DE SANTE

- Les dispositions relatives au poste « Hospitalisation médicale » définies à l'article 16.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 sont modifiées comme suit :

« • **Hospitalisation médicale :**

- pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation**.

Il n'est pas autrement dérogé aux éventuelles limitations de prise en charge prévues au présent contrat pour les garanties non remboursées par la Sécurité Sociale.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins)
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, facturés par un médecin adhérent ou non au contrat d'accès aux soins.
- Frais de chambre particulière
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat. Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd. »

- Les dispositions relatives au poste « optique » définies à l'article 16.1 des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13 sont modifiées comme suit :

« **OPTIQUE :**

- **Équipement optique pris en charge par la Sécurité Sociale (deux verres et une monture) :** les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie),

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement (verres ou monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables). »**

- Les dispositions relatives aux actes de prévention sont remplacées comme suit :

« **PREVENTION :**

Frais de prévention : l'INSTITUTION prend en charge les actes de prévention à hauteur des prestations prévues dans le contrat, au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes. »

- Par dérogation à l'article 18 « Modalités de versement des prestations » des Conditions Générales CG/HP/FS 02.13, les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour les demandes de remboursement relatives au poste Optique sont remplacés comme suit :

Optique	<p>Facture détaillée et acquittée</p> <p>En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. <p>Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale</p>
---------	--

JUSTIFICATIFS ET CONTROLES

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

- Le service médical de l'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'INSTITUTION ou, en cas de fraude avérée, par le Bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT. L'INSTITUTION peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y **compris après résiliation du contrat**.

- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

L'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc ...).

- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

SERVICE DE TIERS PAYANT

L'article 18.1 « Services de tiers payant » des Conditions Générales est remplacé comme suit :

« Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'INSTITUTION met à la disposition du PARTICIPANT et de ses ayants droit un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à son acceptation. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le PARTICIPANT et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'INSTITUTION.

Le PARTICIPANT et ses ayants droit qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'INSTITUTION. »

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Le premier point de l'article 18.3 « Demande de Remboursement » des Conditions Générales est modifié comme suit :

« Les demandes de prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent être produites auprès de l'INSTITUTION dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 11.2. »