

# **CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU COMMERCE DE GROS**

## **CONDITIONS GENERALES**

**CONTRAT FRAIS DE SANTE**

**ENSEMBLE DU PERSONNEL**

**« COMMERCE DE GROS »**

(Référencées CG-Commerce de Gros-santé-2016)

## SOMMAIRE

<b>PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES</b>	<b>4</b>
<b>Article 1 – OBJET DU CONTRAT</b>	<b>4</b>
<b>Article 2 - DEFINITIONS</b>	<b>4</b>
<b>Article 3 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE</b>	<b>6</b>
<b>Article 4 - PRISE D’EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT</b>	<b>6</b>
<b>Article 5 - OBLIGATIONS DE L’ADHERENT</b>	<b>7</b>
<b>Article 6 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT</b>	<b>8</b>
<b>Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES</b>	<b>12</b>
<b>Article 8 - COTISATIONS</b>	<b>14</b>
<b>Article 9 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’ORGANISME ASSUREUR</b>	<b>15</b>
<b>Article 10 - RESILIATION</b>	<b>17</b>
<b>Article 11 - RECOURS - PRESCRIPTION</b>	<b>18</b>
<b>Article 12 – RECLAMATIONS – MEDIATION</b>	<b>18</b>
<b>Article 13 - CONTROLE DE L’ORGANISME ASSUREUR</b>	<b>19</b>
<b>Article 14 - DISPOSITIONS DIVERSES</b>	<b>19</b>
<b>DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES</b>	<b>21</b>
<b>Article 15 - GARANTIES FRAIS DE SANTE</b>	<b>21</b>
<b>Article 16 - RISQUES EXCLUS</b>	<b>24</b>
<b>TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>26</b>
<b>Article 17 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXE 1 - GARANTIES</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXE 2 - COTISATIONS</b>	<b>38</b>

# PREMIERE PARTIE

## DISPOSITIONS GENERALES

---

### Article 1 – OBJET DU CONTRAT

---

Le contrat d'adhésion est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du Bulletin d'Adhésion rempli et signé par l'entreprise.

La personne morale désignée au Bulletin d'Adhésion, et ci-après dénommée « **L'ADHERENT** », adhère au présent contrat référencé par les partenaires sociaux de la branche du Commerce de Gros, auprès de l'un des organismes assureurs suivants :

- « **HUMANIS Prévoyance** », Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75014) - 29 boulevard Edgar Quinet,
- « **Malakoff Médéric** », Institution de Prévoyance régie par la Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS Cedex 09 (75317), 21 rue Laffitte,
- « **AG2R Prévoyance** », membre du groupe d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R REUNICA, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS Cedex 14 (75680), 35 boulevard Brune,

dénommés ci-après « **l'Organisme Assureur** ».

Le contrat a pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion obligatoire.

La garantie a pour objet le remboursement des frais de santé.

L'ADHERENT précise la formule de garanties qu'il souhaite retenir sur son Bulletin d'Adhésion.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

---

### Article 2 - DEFINITIONS

---

**Actes Hors Nomenclature** : Actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non inscrits aux Nomenclatures.

**ADHERENT** : Personne morale souscriptrice du présent contrat.

**Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité Sociale.

**Bénéficiaire** : PARTICIPANT et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au présent contrat.

**Bulletin d'adhésion** : Acte rempli et signé par l'ADHERENT par lequel il adhère au contrat.

**Catégorie** : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'ADHERENT et défini par celui-ci, conformément aux articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale, au moyen de critères généraux et impersonnels, dans l'acte prévu à l'article L. 911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

**Concubin** : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée 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.

**Conjoint** : Conjoint du PARTICIPANT non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

**Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** : Contrat conclu par le médecin de Secteur II, par le médecin de Secteur I titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de Secteur I disposant des titres lui permettant d'accéder au Secteur II, en application des dispositions de l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

**Contrat Responsable** : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application.

**Contrat Solidaire** : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

**Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR)** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

**Nomenclature** : Désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

**Organisme assureur** : l'un des trois organismes assureurs visés dans l'article 1 des présentes Conditions Générales choisi par l'Employeur.

**Partenaire lié par un PACS** : Personne liée au PARTICIPANT par un Pacte Civil de Solidarité.

**PARTICIPANT** : Personne physique appartenant à l' « Ensemble du personnel » de l'ADHERENT et affiliée au contrat.

**Plafond de la Sécurité Sociale** : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

**Sécurité Sociale** : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

**Tarif forfaitaire de responsabilité** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le principe d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

**Ticket Modérateur** : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité Sociale.

---

### Article 3 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

---

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et aux textes d'application de celui-ci.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'ORGANISME ASSUREUR ne rembourse pas :**

- **Conformément à l'article L. 322-2 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. 322-2 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. 321-1 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 présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

L'ORGANISME ASSUREUR respecte l'obligation d'information décrite à l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

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

---

### Article 4 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT

---

**L'adhésion de l'ADHERENT prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion sous réserve que celle-ci soit acceptée par l'ORGANISME ASSUREUR, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.**

**L'adhésion au contrat est renouvelée par tacite reconduction à chaque échéance, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.**

La dénonciation doit être adressée à l'ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation adressée à l'ORGANISME ASSUREUR après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de celle-ci.

**Le contrat est renouvelé par tacite reconduction, à chaque échéance, sauf résiliation par l'ORGANISME ASSUREUR par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.**

---

## Article 5 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

---

### 5.1 Obligations déclaratives et d'information

L'ADHERENT s'engage à :

1. Communiquer à l'ORGANISME ASSUREUR la Catégorie de personnes physiques travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture par le présent contrat.

Le choix et la définition de cette Catégorie est à la charge exclusive de l'ADHERENT.

**L'ORGANISME ASSUREUR ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.**

2. Répondre exactement aux questions de l'ORGANISME ASSUREUR relatives à la Catégorie de personnes physiques travaillant pour le compte l'ADHERENT qu'il envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de cette Catégorie.

3. Communiquer à l'ORGANISME ASSUREUR les cas éventuels de dispense d'affiliation visés par l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.

**Le choix et la définition des dispenses d'affiliation est à la charge exclusive de l'ADHERENT.**

**L'ORGANISME ASSUREUR ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale.**

4. Communiquer à l'ORGANISME ASSUREUR la Déclaration d'Affiliation visée à l'article 6.1 dûment renseignée par chaque PARTICIPANT dans un délai de trente jours suivant :

- soit la date d'effet du contrat,
- soit la date de l'entrée du PARTICIPANT dans la Catégorie définie au présent contrat.

5. Communiquer à l'ORGANISME ASSUREUR la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties Frais de Santé au titre de la portabilité des droits.

6. Déclarer à l'ORGANISME ASSUREUR toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la Catégorie de personnel définie au présent contrat.

7. Déclarer à l'ORGANISME ASSUREUR tout PARTICIPANT qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise ou sort de la Catégorie définie au présent contrat. L'ADHERENT précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise.

8. Déclarer à l'ORGANISME ASSUREUR tout PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas du maintien de son affiliation au présent contrat en application de l'article 6.6

L'ORGANISME ASSUREUR se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas de manquement par l'ADHERENT à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'ORGANISME ASSUREUR.

## **5.2 Information des PARTICIPANTS**

L'ADHERENT reconnaît avoir été informé par l'ORGANISME ASSUREUR des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'ADHERENT s'engage à remettre à chaque PARTICIPANT la notice d'information qui lui a été communiquée par l'ORGANISME ASSUREUR.

L'ADHERENT s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'ORGANISME ASSUREUR.

**L'ADHERENT est seul responsable à l'égard du PARTICIPANT en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.**

---

## **Article 6 - AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT**

---

### **6.1 Conditions d'affiliation des membres du personnel**

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT.

L'usage, par l'ADHERENT, des facultés offertes à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel est admis par l'ORGANISME ASSUREUR dans les conditions prévues au point 3 de l'article 5.1 des présentes Conditions Générales.

Cet usage ne remet pas en cause le caractère obligatoire de la présente opération d'assurance.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'ORGANISME ASSUREUR.

Il y précise notamment son état civil et celui, le cas échéant, de ses Bénéficiaires.

### **6.2 Choix des garanties**

#### **6.2.1 Choix de la formule lors de l'adhésion**

L'ADHERENT choisit lors de son adhésion, la formule de garanties destinée à couvrir les membres du personnel. Le choix est effectué par l'ADHERENT sur son Bulletin d'Adhésion, parmi les formules suivantes : Régime 1, Régime 2 ou Régime 3.

Les garanties afférentes à chaque formule sont précisées en annexe des présentes Conditions Générales.

La formule retenue par l'ADHERENT s'applique à l'ensemble du personnel assuré.

### **6.2.2 Changement de formule**

L'ADHERENT peut modifier la formule choisie lors de son adhésion chaque 1er janvier, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'ORGANISME ASSUREUR avant le 31 octobre de l'année précédente.

### **6.3 Date d'effet de l'affiliation**

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'ADHERENT,
- à sa date d'embauche si elle est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat.

### **6.4 Bénéficiaires et Ayants droit**

Les ayants droit du participant tels que définis ci-dessous, bénéficient obligatoirement du contrat souscrit par l'ADHERENT.

Le conjoint non à charge du participant au sens de la Sécurité sociale, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par le participant.

Sont ayants droit du participant :

✓ le Conjoint, le Partenaire d'un PACS ou le Concubin du participant tel que défini à l'article 2 à charge au sens de la Sécurité sociale,

✓ Les Ayants-droit à charge du PARTICIPANT entendus comme :

#### 1) Enfants à charge au sens de la Sécurité sociale,

Les enfants du participant ou de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin tel que définis à l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale :

- jusqu'à l'âge de 16 ans, s'ils sont non salariés, à la charge du participant ou de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, ou qu'ils soient pupilles de la nation dont le participant est tuteur, ou recueillis ;

- jusqu'à 18 ans, pour les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail ;

- jusqu'à 25 ans, pour les enfants qui justifient de la poursuite d'études et pour ceux qui sont, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié. Pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, la limite d'âge peut être reculée dans les conditions fixées du troisième au sixième alinéa de l'article R.313-14 du Code de la Sécurité sociale.

#### 2) Ascendants, descendants à charge :

Les ascendants, descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité Sociale, figurant sur la carte de Sécurité Sociale du PARTICIPANT ou de son Conjoint, Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin.



✓ le conjoint, ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin tel que défini à l'article 2 des présentes Conditions générales non à charge au sens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant-droit du participant et qui bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.

#### **6.4.3 Affiliation des Ayants droit**

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale instituant ou modifiant les garanties collectives, le PARTICIPANT déclare ses ayants droit à l'ORGANISME ASSUREUR.

La couverture des ayants droit est obligatoire. La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'ORGANISME ASSUREUR accepte la modification des ayants droit en cas de modification de la situation familiale du PARTICIPANT (notamment naissance, décès, séparation...). Le PARTICIPANT est tenu d'informer l'ADHERENT et l'ORGANISME ASSUREUR de ces modifications.

#### Extension facultative au conjoint non à charge

Le PARTICIPANT déclare à l'ADHERENT et à l'ORGANISME ASSUREUR le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale s'il entend assurer sa couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le PARTICIPANT peut affilier son conjoint non à charge :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause, le PARTICIPANT est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint non à charge à l'ORGANISME ASSUREUR et de s'acquitter des cotisations afférentes.

#### **6.4.4 Justificatifs à fournir**

Le PARTICIPANT doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- pour les enfants à charge selon leur situation :
  - le certificat de scolarité,
  - la copie du contrat d'apprentissage ,
  - la copie de la carte d'invalidité,
- pour le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale et selon la situation :
  - la copie du livret de famille,
  - la copie du certificat de mariage,
  - l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
  - 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...).

Outre ces justificatifs, la Déclaration d'Affiliation doit être accompagnée 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'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces

justificatives.

Le PARTICIPANT s'engage à informer l'ORGANISME ASSUREUR 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.

#### **6.4.5 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit**

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

- à la date d'affiliation du PARTICIPANT lorsque la déclaration a eu lieu à cette date,  
- ou en cas de déclaration postérieure à la date de production de l'ensemble des pièces visées à l'article 6.3.4, en cas de modification de la situation de famille, dans le respect des conditions prévues à l'article 6.3.3,

2°) pour l'extension facultative au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale :

- à la date de production de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 6.3.4 en cas de modification de la situation de famille ou,  
- au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

### **6.5 Cessation de l'affiliation**

#### **6.5.1 Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS**

Sous réserve de l'application de l'article 7.1 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du PARTICIPANT cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du présent contrat,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des PARTICIPANTS reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'ADHERENT.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'ADHERENT sa carte de tiers payant. L'ADHERENT doit la retourner à l'ORGANISME ASSUREUR.

L'ORGANISME ASSUREUR récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

#### **6.5.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit**

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation de l'affiliation du PARTICIPANT.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.3.2 du présent contrat,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le PARTICIPANT demande la résiliation de l'extension facultative au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale. Cette demande doit être adressée à l'ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'ORGANISME ASSUREUR après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante

pour prendre effet au 31 décembre de cette même année,

## **6.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail**

Le bénéfice des garanties est maintenu au PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'ADHERENT, qu'elles soient versées directement par l'ADHERENT ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT, moyennant le paiement des cotisations.

---

## **Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES**

---

### **7.1 Maintien de garanties Santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale**

Sous réserve pour l'ADHERENT d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité Sociale, les garanties prévues au contrat d'adhésion sont maintenues au profit du PARTICIPANT dont le contrat de travail est rompu et, le cas échéant, de ses ayants-droits, dans les conditions suivantes.

#### **7.1.1 Conditions du maintien des garanties**

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement au jour de la cessation du contrat de travail les Bénéficiaires sont maintenus à cette occasion, 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'ORGANISME ASSUREUR tient à la disposition de l'ADHERENT un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture. Il incombe à l'ADHERENT d'informer le PARTICIPANT du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'ORGANISME ASSUREUR n'est tenu du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ADHERENT l'a informé du droit du PARTICIPANT à la suite de la rupture du contrat de travail,

- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le PARTICIPANT satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après.

#### **7.1.2 Effet et durée du maintien des garanties**

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**.

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

- A 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 ou de décès) ;
- En cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;

• **En cas de résiliation de l'adhésion au contrat.**

### **7.1.3 Obligations déclaratives**

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le PARTICIPANT souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l'ORGANISME ASSUREUR :

- A 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 d'assurance chômage.

### **7.1.4 Garanties**

Le PARTICIPANT conserve les garanties dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail.

Le maintien des garanties est accordé aux ayant-droits tels que définis au présent contrat lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail.

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

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

### **7.1.5 Financement**

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

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

Peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le terme du maintien à titre temporaire des garanties visé à l'article 7.1,
- les personnes garanties du chef du PARTICIPANT décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

L'ORGANISME ASSUREUR adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés 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.

En cas de cessation du contrat de travail sans maintien des garanties, le délai de deux mois ne court contre l'ORGANISME ASSUREUR qu'à compter de la date à laquelle celle-ci est informée par l'ADHERENT de la cessation du contrat de travail. En tout état de cause, l'ORGANISME ASSUREUR ne sera tenue d'aucune obligation au titre du présent article 7.2 si elle n'est pas informée de la cessation du contrat de travail dans un délai de deux ans courant à compter du jour de celle-ci.

L'ADHERENT est, quoiqu'il en soit, responsable à l'égard de l'ORGANISME ASSUREUR des conséquences préjudiciables résultant pour elle d'une information tardive.

---

## Article 8 - COTISATIONS

---

### 8.1 Assiette et montant des cotisations

**8.1.1** Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment, de la formule de garanties choisie par l'ADHERENT et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Les cotisations afférentes à chaque formule de garanties sont définies en annexe des présentes Conditions Générales.

**8.1.2** Pour les PARTICIPANTS dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé *pro rata temporis* de leur durée d'appartenance à la Catégorie de personnel assuré.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

**8.1.3** Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'ORGANISME ASSUREUR des justificatifs visés à l'article 6.4.4 des présentes Conditions Générales.

Le taux de cotisations est différent selon que le PARTICIPANT est la seule personne couverte ou qu'il a des ayants-droit répondant à la définition de l'article 6.4.2.

.

La cotisation « Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale » est due si le PARTICIPANT souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint ou assimilé non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant-droit du participant.

### 8.2 Paiement des cotisations

**8.2.1** Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

**8.2.2** La répartition du coût des cotisations entre l'ADHERENT et les PARTICIPANTS est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Toutefois, hors les cas visés à l'article 6.5.2, l'ADHERENT est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'ORGANISME ASSUREUR. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'ORGANISME ASSUREUR, aux différentes échéances prévues.

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

**En outre, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de résilier l'adhésion au contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.**

### **8.3 Défaut de paiement des cotisations**

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'ORGANISME ASSUREUR, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'ADHERENT. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'ORGANISME ASSUREUR pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées à l'article 8.2.3.**

L'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit d'informer directement les PARTICIPANTS de la défaillance de l'ADHERENT.

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

### **8.4 Extension facultative du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale :**

Les cotisations concernant l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale tel que défini au 2) de l'article 6.4.2 des présentes Conditions Générales sont recouvrées auprès du participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la Déclaration d'Affiliation.

**A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale 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 au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale par l'ORGANISME ASSUREUR ne le 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'ORGANISME ASSUREUR les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

---

## **Article 9 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'ORGANISME ASSUREUR**

---

### **9.1 Révision annuelle des cotisations**

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité Sociale.

Les cotisations sont réexaminées par l'ORGANISME ASSUREUR et peuvent être modifiées en fonction des évolutions législatives et réglementaires à la fin de chaque exercice.

La révision des cotisations doit être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'ORGANISME ASSUREUR au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'ADHERENT est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

### **9.2 Révisions en cours d'exécution**

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'ORGANISME ASSUREUR en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité Sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement, des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération à charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

La révision des cotisations et/ou de garanties doit alors être notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'ORGANISME ASSUREUR un mois avant la date de prise d'effet. L'adhésion au contrat est résiliée à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

### **9.3 Modification du périmètre**

L'ADHERENT s'engage à informer l'ORGANISME ASSUREUR de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés et anciens salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'ORGANISME ASSUREUR.

L'ORGANISME ASSUREUR pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée à l'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet du dit changement. En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'ORGANISME ASSUREUR un mois avant la prise d'effet. L'adhésion au contrat est alors résiliée au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, l'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

---

## Article 10 - RESILIATION

---

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrite à l'article 4 et la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du présent contrat, l'adhésion peut être résiliée dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

### 10.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'ADHERENT, l'adhésion au contrat pourra être résiliée selon les conditions définies à l'article 8.3.

### 10.2 Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 932-7 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHERENT ou d'un PARTICIPANT susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'ORGANISME ASSUREUR, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'ADHERENT ou par un PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion au contrat est annulée de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'ORGANISME ASSUREUR et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le PARTICIPANT.

### 10.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'ADHERENT, la résiliation de l'adhésion au contrat peut être décidée par l'ORGANISME ASSUREUR dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

### 10.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement

#### 10.4.1 *Vis-à-vis de l'ADHERENT*

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion, l'ADHERENT n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'ORGANISME ASSUREUR et sur ses différents fonds de réserve.

L'ADHERENT reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

**Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat ou de l'adhésion, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'ADHERENT acceptée par courrier de l'ORGANISME ASSUREUR, constituer un renouvellement tacite du contrat ou de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.**

#### 10.4.2 *Vis-à-vis du PARTICIPANT ou de ses ayants droit*

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'ORGANISME ASSUREUR après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 17.3 des présentes Conditions Générales.



---

## Article 11 - RECOURS - PRESCRIPTION

---

### 11.1 Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Organisme Assureur dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Organisme Assureur se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Organisme Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

### 11.2 Prescription

**Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'ORGANISME ASSUREUR en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

**Lorsque l'action de l'ADHERENT ou des Bénéficiaires contre l'ORGANISME ASSUREUR a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'ADHERENT ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'ORGANISME ASSUREUR à l'ADHERENT en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le PARTICIPANT ou le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

**Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés à l'alinéa ci-dessus ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.**

---

## Article 12 – RECLAMATIONS – MEDIATION

---

L'ORGANISME ASSUREUR met à la disposition de l'ADHERENT, des PARTICIPANTS et des ayants droit la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent contrat, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance  
Satisfaction Clients  
303, rue Gabriel Debacq  
45 777 SARAN Cedex  
Tel. (appel non surtaxé) : 09 77 40 06 90

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'ORGANISME ASSUREUR et après épuisement des voies de recours internes, l'ADHERENT, le PARTICIPANT, ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'ORGANISME ASSUREUR, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Organisme Assureurs 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  
[www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)

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

---

## Article 13 - CONTROLE DE L'ORGANISME ASSUREUR

---

L'ORGANISME ASSUREUR est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

---

## Article 14 - DISPOSITIONS DIVERSES

---

### 14.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'ORGANISME ASSUREUR s'engage envers l'ADHERENT à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

### 14.2 Loi Informatique et Libertés

Chacune des parties s'engage envers l'autre à effectuer les formalités qui lui incombent, en vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment, la déclaration du traitement, préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

Les données nominatives sont destinées aux différents services de l'ORGANISME ASSUREUR et le cas échéant à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Le PARTICIPANT ou le cas échéant les Bénéficiaires peuvent demander communication, rectification ou

suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'adresse du siège social de l'ORGANISME ASSUREUR :

7 rue de Magdebourg,

75116 Paris

### **14.3 Valeur contractuelle**

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales,
- le Bulletin d'Adhésion,
- les avenants ou les lettres-avenant.

Les titres des articles du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité, réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

## DEUXIEME PARTIE

# DEFINITION DES GARANTIES

---

### Article 15 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

---

#### 15.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 16 et des frais non pris en charge visés à l'article 3.

Les garanties Frais de Santé prévues au présent contrat répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité Sociales.

Elles sont également conformes aux dispositions du Contrat Responsable visées à l'article 3. Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Si le Conjoint, le Partenaire lié par un PACS ou le Concubin est affilié à un régime de base de Sécurité Sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité Sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité Sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'ORGANISME ASSUREUR dans les conditions fixées dans le tableau de garanties en annexe des présentes Conditions Générales.

**Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.**

**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 du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

**Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.**

**Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.**

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.

**Les prestations de la garantie souscrite sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale selon les dispositions figurant en annexe des présentes Conditions Générales.**

Dès lors que le remboursement de l'ORGANISME ASSUREUR est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants selon la formule effectivement retenue par l'ADHERENT sur le Bulletin d'Adhésion :

#### **PRATIQUE MEDICALE COURANTE EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE**

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux soins,
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,
- Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou on le Contrat d'Accès aux soins,
- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou on le Contrat d'Accès aux soins,
- Transport pris en charge par la sécurité sociale
- Frais d'analyses et de laboratoire,
- Forfait pour acte lourd.

#### **PHARMACIE :**

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité Sociale.

#### **FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (y compris maternité) :**

- Hospitalisation chirurgicale :

- Frais chirurgicaux proprement dits,

- 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 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation,

#### **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) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).

- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un contrat d'accès aux soins.

- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).

- Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 est pris en charge sans limitation de durée.

- Forfait ambulatoire.

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) 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.

**Pour les frais de chambre particulière et de frais d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :**

- **365 jours,**
- **180 jours en cas de séjour psychiatrie.**

**A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.**

- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité Sociale.**

### **TRANSPORT**

- **Frais de transport.**

### **MATERNITE ET ADOPTION :**

- **Maternité : une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du PARTICIPANT, déclaré à l'état civil.**

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le PARTICIPANT, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant du PARTICIPANT (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le PARTICIPANT lui-même.

### **FRAIS DENTAIRE :**

- **Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie, parodontologie) remboursés par la Sécurité Sociale,**
- **Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses dentaires prises en charge ou non remboursées par la Sécurité Sociale**
- **Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale,**
- **Implants.**

**En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article D. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale, sont pris en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.**

### **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 par le participant. 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 optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Chirurgie de la myopie.**

### **PREVENTION :**

Les actes de prévention sont pris en charge par le contrat au titre de chaque poste concerné par ces actes.

**MEDECINE DOUCE** : Par dérogation à l'article 16 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge, selon la formule souscrite, les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant en annexe des présentes Conditions Générales.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.

**CURE THERMALE** : Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) acceptés par la Sécurité Sociale.

## **15.2 Soins engagés à l'étranger**

L'ORGANISME ASSUREUR garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

### ***15.2.1 Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger***

L'ORGANISME ASSUREUR intervient dès lors que les PARTICIPANTS bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le Contrat.

**Les présentes Conditions Générales ne couvrent pas les salariés expatriés.**

### ***15.2.2 Justificatifs***

L'ORGANISME ASSUREUR peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

---

## **Article 16 - RISQUES EXCLUS**

---

**Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 15 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.**

**En aucun cas, l'ORGANISME ASSUREUR ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité Sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.**

Le fait que l'ORGANISME ASSUREUR ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.



# TROISIEME PARTIE

## VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

### Article 17 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

#### 17.1 Services de Tiers Payant

L'ORGANISME ASSUREUR met à la disposition des Bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus dans le tableau de garanties en annexe des présentes Conditions Générales selon la formule effectivement souscrite par l'ADHERENT.

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'ORGANISME ASSUREUR.

Le Bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'ORGANISME ASSUREUR.

#### PRISE EN CHARGE OPTIQUE

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le Bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées au tableau des garanties figurant en annexe des Conditions Générales selon la formule retenue par l'ADHERENT.

#### 17.2 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un Bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité Sociale, le PARTICIPANT en informe l'ORGANISME ASSUREUR qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le Bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'ORGANISME ASSUREUR, le Bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

#### 17.3 Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'ORGANISME ASSUREUR par le Bénéficiaire dans un délai maximum de deux ans suivant, selon le risque en cause, la survenance des soins, l'acquittement des frais d'appareillage ou le décès. . A défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 11.2.**
- Les Bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'ORGANISME ASSUREUR les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres

pièces justificatives pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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'ORGANISME ASSUREUR 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'ORGANISME ASSUREUR 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'ORGANISME ASSUREUR se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT.

L'ORGANISME ASSUREUR 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 ou de l'adhésion**.

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.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

**En cas de déclaration frauduleuse, l'ORGANISME ASSUREUR n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.**

Il appartient aux Bénéficiaires d'informer l'ORGANISME ASSUREUR de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des Concubins, succession)**. Les justificatifs à fournir par le Bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après.

**Les justificatifs à fournir par le PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement :**

	<b>Bénéficiaire NOEMIE</b>
<p><b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b> Etablissement conventionné ou non conventionné</p>	<p>Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)</p>
<p><b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b></p>	<p>Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD</p>
<p><b>Pratique médicale courante</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, ...)</p>	<p>Aucun document</p>
<p><b>Médecine douce</b></p>	<p>Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)</p>
<p><b>Optique</b></p> <p>- Chirurgie de la myopie</p>	<p>Facture détaillée et acquittée</p> <p>En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ;</li> <li>- Soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections.</li> </ul> <p>Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale</p> <p>Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré</p>

	Bénéficiaire NOEMIE
<b>Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie</b> - Prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'ORGANISME ASSUREUR et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *
<b>Maternité</b>	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
<b>Adoption</b>	Photocopie du certificat définitif d'adoption
<b>Cure thermale</b>	Facture acquittée du séjour

	<b>Non Bénéficiaire Noémie</b>
<b>Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale</b>	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus

\* Le PARTICIPANT peut transmettre à l'ORGANISME ASSUREUR, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée.

**L'ORGANISME ASSUREUR 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 tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'ORGANISME ASSUREUR : Facture acquittée du Ticket Modérateur.