



CONDITIONS GENERALES

CG/HP Humanis Santé HCR/FS 08.17

CONTRAT **SOCLE** DE PREVOYANCE COLLECTIVE
À ADHESION OBLIGATOIRE

ET

CONTRAT **SURCOMPLEMENTAIRE** DE
PREVOYANCE COLLECTIVE
A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES FRAIS DE SANTE

HUMANIS PREVOYANCE

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS INTRODUCTIVES	4
Article 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DES CONTRATS	4
Article 2 – DEFINITIONS.....	5
DEUXIEME PARTIE CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	7
Article 3 – OBJET	7
Article 4 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	7
Article 5 – PRISE D’EFFET - DUREE - RENOUELEMENT	8
Article 6 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT	8
Article 7 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	10
Article 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	15
Article 9 – COTISATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES.....	17
Article 10 – REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	19
TROISIEME PARTIE CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	20
Article 11 – OBJET	20
Article 12 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	20
Article 13 – PRISE D’EFFET - DUREE - RENOUELEMENT	21
Article 14 – PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	21
Article 15 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	22
Article 16 – ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	23
Article 17 – MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF.....	27
Article 18 – COTISATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES FACULTATIVES.....	28
Article 19 – REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	29
QUATRIEME PARTIE DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS	30
Article 20 – CHAMP D’APPLICATION	30
Article 21 – RESILIATION DU OU DES CONTRATS	30
Article 22 – RECOURS - PRESCRIPTION	31
Article 23 – ENTREPRISE FILIALE ADHERENTE	32
Article 24 – RECLAMATIONS - MEDIATION.....	32
Article 25 – CONTROLE DE L’INSTITUTION.....	33

Article 26 – DISPOSITIONS DIVERSES	33
CINQUIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	35
Article 27 – CHAMP D'APPLICATION	35
Article 28 – GARANTIES FRAIS DE SANTE	35
Article 29 – RISQUES EXCLUS.....	39
SIXIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	40
Article 30 – CHAMP D'APPLICATION	40
Article 31 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	40

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

Article 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DES CONTRATS

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, sont constitués des présentes Conditions Générales ainsi que des contrats d'adhésion.

Ils sont souscrits par la personne morale désignée aux contrats d'adhésion, et ci-après dénommée « **l'Adhérent** », auprès de « **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, dénommée ci-après « **l'Institution** ».

Les Conditions Générales et les contrats d'adhésion associés ont pour objet d'instituer :

- une opération d'assurance à adhésion obligatoire à laquelle les membres du personnel de l'Adhérent sont tenus de s'affilier, dénommée ci-après « contrat socle collectif obligatoire »,
- une opération d'assurance à adhésion facultative offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'Adhérent, des renforts complémentaires aux garanties du contrat socle collectif obligatoire, à laquelle les membres du personnel de l'Adhérent peuvent adhérer à titre individuel, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif facultatif ».

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il a été souscrit, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif prévoient donc, d'une part, des garanties de base obligatoires et, d'autre part, des garanties complémentaires facultatives.

Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif sont des contrats juridiquement distincts dont les souscriptions interviennent par la signature de contrats d'adhésion différents. La seule souscription du **contrat socle collectif obligatoire** n'emporte pas l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, et la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif n'emporte pas la résiliation du **contrat socle collectif obligatoire**. Les présentes Conditions Générales contiennent donc deux contrats différents.

La réunion, dans un même support (même *instrumentum*) des garanties de base obligatoires, offertes par le contrat socle collectif obligatoire et des garanties complémentaires facultatives, prévues par le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, est instituée dans le but de renforcer l'information de l'Adhérent et des Participants et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de l'Institution de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires, ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat socle collectif obligatoire est régie par les dispositions des articles L.932-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est exclusivement régie par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 3 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie, qu'elle soit de base obligatoire ou complémentaire facultative, a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'Adhérent sont précisées au(x) contrat(s) d'adhésion et annexées aux présentes Conditions Générales.

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.

Adhérent : Personne morale souscriptrice du (des) contrat(s).

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(x) contrat(s) d'adhésion.

Bénéficiaire Noémie : Participant ayant autorisé le système de télétransmission. Il s'agit d'un système informatique permettant la télétransmission directe des décomptes Sécurité sociale vers l'Institution. Les remboursements s'effectuent en une seule démarche : le bénéficiaire envoie sa feuille de soin à la Sécurité sociale ou utilise sa carte vitale. La Sécurité sociale rembourse le bénéficiaire et transmet directement par voie électronique les décomptes à l'Institution.

Catégorie : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent 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 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. Ce contrat s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

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.

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 en vigueur.

DSN : Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » qui vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.

Entreprise Filiale Adhérente : Personne morale entretenant des liens capitalistiques avec l'Adhérent et qui adhère au contrat souscrit par ce dernier.

Garanties complémentaires facultatives : Garanties servies au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, en application de la troisième partie des présentes conditions générales, dont la souscription, autorisée par l'Adhérent, est laissée à la discrétion du Participant, et qui ne satisfont pas nécessairement aux conditions du Contrat Responsable.

Garanties de base obligatoires : Garanties servies au titre du contrat socle collectif obligatoire, en application de la deuxième partie des présentes Conditions Générales et satisfaisant au cahier des charges du Contrat Responsable.

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.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO qui s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

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

Participant : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au(x) contrat(s) d'Adhésion 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 princeps 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.160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

DEUXIEME PARTIE

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Article 3 – OBJET

Le contrat socle collectif obligatoire a nécessairement pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies à la présente partie des Conditions Générales, de l'article 4 à l'article 10 inclus.

Le contrat socle collectif obligatoire satisfait, dans les conditions définies à l'article 4 des présentes Conditions Générales, aux conditions du Contrat Solidaire et Responsable.

Article 4 – 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'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. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ✦ **Conformément à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour 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.**
- ✦ **La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).**
- ✦ **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.**
- ✦ **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Le présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux présentes Conditions Générales et au contrat d'adhésion ont été établies sur la base des dispositions légales et

règlementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du présent contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

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 5 – PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT

Le contrat socle collectif obligatoire prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion après acceptation par l'Institution et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du contrat d'adhésion par l'Institution, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Il est renouvelé 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'Institution par lettre recommandée 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'Institution après le 31 octobre est de nul effet. S'il le souhaite, l'Adhérent confirme la dénonciation avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Article 6 – OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

6.1 Obligations déclaratives et d'information

L'Adhérent s'engage à :

1. Communiquer à l'Institution la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture au titre du contrat socle collectif obligatoire. Le choix et la définition de cette ou ces Catégories incombe à l'Adhérent.
L'Institution 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'Institution relatives à la ou les Catégories de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent qu'il envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de la Catégorie.
3. Communiquer à l'Institution 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 incombent à l'Adhérent.
Le choix et la définition des dispenses d'affiliation, à l'exclusion de celles dites d'ordre public prévues à l'article D.911-2 du code de la Sécurité sociale, sont à la charge exclusive de l'Adhérent. L'Institution 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. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.

5. Communiquer à l'Institution sur support papier ou dématérialisé le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle visé à l'article 7.1 des présentes Conditions Générales dûment renseigné 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 ou les Catégories définies au contrat d'adhésion.
6. Communiquer à l'Institution 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, via le formulaire type « Déclaration de portabilité » tant que ces informations ne sont pas transmises par ses soins ni traitées par l'Institution par les flux DSN, ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
7. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion.
8. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise ou sort de la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion, notamment suite à une évolution dans une autre Catégorie. L'Adhérent 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 ou du changement de Catégorie.
9. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation au contrat socle collectif obligatoire en application de l'article 7.5 des présentes Conditions Générales.
10. Déclarer trimestriellement à l'Institution par le biais des appels de cotisations, l'effectif de la ou des Catégories de Participants.
11. Communiquer annuellement à l'Institution par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par ses soins ni traitées par l'Institution par les flux DSN, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

Les garanties sont accordées et les cotisations sont calculées sur la base des déclarations faites par l'Adhérent. Aussi, l'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat socle collectif obligatoire en cas d'inexactitude, de manquement par l'Adhérent 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'Institution.

6.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution 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'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent 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'Institution.

La preuve de la remise de la notice ou de l'addenda modificatif de celle-ci au Participant incombe à l'Adhérent.

L'Adhérent 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 7 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

7.1 Conditions d'affiliation des Participants

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'Adhérent, appartenant à la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion.

L'usage, par l'Adhérent, des facultés offertes aux articles L. 911-7, R. 242-1-6 et D.911-2 du Code de la Sécurité sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel est admis par l'Institution dans les conditions prévues au point 3 de l'article 6.1 des présentes Conditions Générales.

Cet usage ne remet pas en cause le caractère obligatoire de l'opération d'assurance souscrite au titre du contrat socle collectif obligatoire dans les conditions fixées à la présente partie des Conditions Générales.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la ou les Catégories renseigne et signe le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution.

Il y précise notamment son état civil et celui de ses bénéficiaires.

7.2 Date d'effet de l'affiliation des Participants

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat socle collectif obligatoire lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'Adhérent et appartient à la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion,
- pour les anciens salariés en portabilité, à la date de prise d'effet du contrat pour ceux en portabilité à cette date ou à la date de rupture de leur contrat de travail si elle est postérieure,
- à sa date d'embauche ou d'évolution dans la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

7.3 Bénéficiaires

7.3.1 Choix de bénéficiaires

Sont couverts, au choix de l'Adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise les Participants conjointement avec leurs ayants droit.

Ce choix influe sur la cotisation dans les conditions fixées à l'article 9 des présentes Conditions Générales.

7.3.2 Définition des ayants droit

Sont ayants droit du Participant, selon les définitions prévues à l'article 2 des présentes Conditions Générales :

- le conjoint,
- le partenaire d'un PACS,
- le concubin,
- les enfants à la charge du Participant entendus comme :
 - 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 satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, 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 ;

Cas particulier des enfants âgés de 18 à moins de 21 ans, non salariés et ayant 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, dans le cadre de la réforme de la Protection Maladie Universelle : ces ayants droit majeurs déjà à charge au sens de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier 2016 conservent, la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Maladie Universelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme Enfants à charge au titre du présent contrat.
 - être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés, bénéficiers d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du Participant ;
 - 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 21^{ème} 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.

7.3.3 Affiliation des ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l'acte mettant en place les garanties collectives dans l'entreprise, le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants droit dont il entend assurer la couverture. 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 :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale sous réserve d'en faire la demande dans les deux mois suivant l'évènement,
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution 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 ses ayants droit à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

7.3.4 Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, 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,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins accompagné de 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
 - pour l'Enfant à charge de 18 ans à moins de 21 ans non salarié, l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont 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 d'affiliation et d'adhésion individuelle 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.

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

La garantie de l'Institution au titre des ayants droit est due à la date de réception par l'Institution de la déclaration d'affiliation ou au 1^{er} janvier de l'année suivant la réception de la demande par l'Institution ou en cas d'évolution de la situation familiale, à la date de l'évènement dans le respect des conditions prévues à l'article 7.3.3 des présentes Conditions Générales sous réserve de la production de l'ensemble des pièces visées à l'article 7.3.4 des présentes Conditions Générales.

7.4 Cessation de l'affiliation

7.4.1 Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application de l'article 8.1 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat socle collectif obligatoire,
- soit à sa date de sortie des effectifs,
- soit à la date de son départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent,
- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant au contrat d'Adhésion,
- soit à la date de décès du Participant.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties de base obligatoires ainsi que celle des garanties complémentaires facultatives.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

7.4.2 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 7.3.2 des présentes Conditions Générales,
- 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'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution 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.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

7.5 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

7.5.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire 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 complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Le bénéfice des garanties du contrat socle collectif obligatoire est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu, sans contrepartie de cotisations, s'il bénéficie d'une rente d'invalidité financée au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elle soit versée directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

7.5.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 7.5.1 des présentes Conditions Générales d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties, sont maintenues au Participant. L'Adhérent est tenu au paiement des cotisations ainsi que le Participant sur la base des dispositions prévues à l'article 7.5.3 des présentes Conditions Générales.

En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 7.5.1 des présentes Conditions Générales d'une durée supérieure ou égale à un mois, le Participant peut demander à l'Institution le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive du Participant.

Le bénéfice du maintien des garanties peut être ouvert à toute cause de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité.

Lorsque les garanties sont maintenues, l'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail ;
- d'informer l'Institution du choix du Participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit. ; ainsi que de communiquer à l'Institution tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

Par dérogation à l'article 9 des présentes Conditions Générales, si l'appel des cotisations est effectué auprès du Participant, il est tenu :

- de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...) ;
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties. Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant selon les modalités fixées sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

À défaut de paiement de la cotisation 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'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au Participant, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son affiliation jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

À 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'Institution peut résilier l'affiliation

jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

Durant le maintien des garanties, la couverture éventuelle des ayants droit est mise en œuvre ou maintenue dans les conditions prévues aux articles 7.3 et 7.4.2 des présentes Conditions Générales.

Article 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

8.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : la « portabilité des droits »

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

Toute modification de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur. L'Institution informe alors le Participant de ces modifications.

8.1.1 Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le Participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et, par conséquent, les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires au jour de la cessation du contrat de travail du Participant, sont maintenues 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.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérent l'a informée de la rupture du contrat de travail du Participant.

8.1.2 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 deux fois la durée de son dernier contrat de travail. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir toutefois excéder douze mois.**

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, quel qu'en soit le motif, y compris quand cette résiliation fait suite à la liquidation judiciaire ou la disparition de l'Adhérent.

8.1.3 Obligations déclaratives du Participant

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, 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.

8.1.4 Garanties

Le Participant bénéficie des garanties de base obligatoires dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail.

Le maintien des garanties de base obligatoires est accordé aux ayants droit tels que définis au présentes Conditions Générales lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail du Participant.

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'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre des présentes Conditions Générales, notamment en lui remettant l'addendum modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information remise par l'Institution.

8.1.5 Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des Participants en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

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

Dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des 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.

Sous réserve d'être informé par l'Adhérent 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.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat socle collectif obligatoire.

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

Article 9 – COTISATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES

9.1 Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment, des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur. La cotisation est exprimée forfaitairement.

La cotisation afférente aux garanties de base obligatoires prévues par le contrat est définie dans le contrat d'adhésion.

La structure des cotisations, au titre du contrat socle collectif obligatoire, est une structure Tarif Salarié / Conjoint / Enfant. Elle définit les bénéficiaires pouvant être garantis.

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'Institution des justificatifs visés à l'article 7.3.4 des présentes Conditions Générales.

Le taux de cotisation est différent pour le salarié, son conjoint ou assimilé d'une part et les enfants à charge d'autre part.

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

9.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

9.2.1 Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent

La répartition des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée selon le choix effectué par l'Adhérent sur son contrat d'adhésion et selon l'acte juridique prévu à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise

Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé au point 10 de l'article 6.1 des présentes Conditions Générales et communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante, sauf si cette obligation se trouve remplie par l'Adhérent par le biais de la DSN.

9.2.2 Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du Participant

Les cotisations sont acquittées par le Participant dans les conditions définies au Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

9.2.3 Non-paiement ou paiement partiel

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent ou le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat ou l'affiliation du Participant, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

9.3 Défaut de paiement des cotisations

9.3.1 Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Adhérent

Conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, à 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'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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'Institution 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 9.2.3 des présentes Conditions Générales.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Le contrat non résilié 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.

La résiliation du contrat socle collectif obligatoire emporte la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

9.3.2 Lorsque l'appel de cotisations est effectué auprès du Participant

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, le Participant pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Institution de la lettre recommandée de mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

L'exclusion du Participant du groupe assuré 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 à l'article 9.2.3 des présentes Conditions Générales.

L'affiliation 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.

9.4 Indexation des cotisations

Les cotisations, exprimées forfaitairement, sont obligatoirement indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue.

L'indexation est annuelle et automatique. Elle s'impose à l'Adhérent sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au contrat.

Article 10 – REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

10.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'Institution en fin d'exercice et peuvent être modifiées en fonction des résultats du contrat ou des évolutions législatives et réglementaires.

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

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution 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'Adhérent est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

10.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution 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 ou des modifications des Bases de remboursement, à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

La révision des cotisations et/ou de garanties doit alors être notifiée à l'Adhérent, 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'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

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

TROISIEME PARTIE

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Article 11 – OBJET

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est autorisée ou refusée par l'Adhérent lors de la signature du contrat d'adhésion par l'Adhérent. En cas d'autorisation, elle est laissée à l'appréciation de chaque Participant qui, individuellement, et dans les conditions prévues aux articles 12 et suivants des présentes Conditions Générales, fait part de sa volonté de bénéficier de cette couverture complémentaire.

Article 12 – 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.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. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ✦ **Conformément à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour 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.**
- ✦ **La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).**
- ✦ **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le salarié et ses ayants-droit consultent sans prescription du médecin traitant**
- ✦ **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Le présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 971-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux présentes Conditions Générales et au contrat d'adhésion ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du présent contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

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 13 – PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT

Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire collectif facultatif les adhérents au contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution. Les deux adhésions se réalisent au moyen de contrats d'adhésion différents.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif prend effet à la date indiquée au contrat d'adhésion, après acceptation par l'Institution, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance, sauf dénonciation du contrat, par l'une des parties, effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La dénonciation doit être adressée à l'Institution 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 résiliation adressée à l'Institution 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.

La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Article 14 – PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

L'Adhérent définit avec l'Institution la ou les catégories de personnel auxquelles est proposée l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Cette ou ces catégories de personnel sont nécessairement des Participants au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont désignées dans le contrat d'adhésion.

Article 15 – OBLIGATIONS DE L'ADHERENT AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

15.1 Obligations déclaratives et d'information

Dans la mesure où les informations n'ont pas été communiquées à l'Institution en application de l'article 6 des présentes Conditions Générales, l'Adhérent s'engage à :

1. Communiquer à l'Institution la ou les Catégories de personnes physiques dont elle souhaite assurer la couverture au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.
Le choix et la définition de cette ou ces Catégories incombe à l'Adhérent.
2. Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à la ou les catégories de personnes physiques que l'Adhérent envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de la Catégorie.
3. Communiquer à l'Institution le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle sur support papier ou dématérialisé visé à l'article 16.3 des présentes Conditions Générales dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 7.3.4 des présentes Conditions Générales, dans un délai de 30 jours suivant sa signature par le Participant.
4. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
5. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.
6. Communiquer à l'Institution, le cas échéant, la liste des anciens salariés bénéficiant, à la date d'effet du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, du maintien de leurs garanties frais de santé au titre de la portabilité des droits » tant que ces informations ne sont pas transmises par ses soins ni traitées par l'Institution par les flux DSN ou attester que ceux-ci restent couverts par l'ancien organisme assureur.
7. Déclarer à l'Institution tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise, ou sort de la ou les catégories de personnel définies au contrat d'adhésion notamment suite à une évolution dans une autre Catégorie de personnel. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou du transfert. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
8. Déclarer à l'Institution tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion au présent contrat en application de l'article 17 des présentes Conditions Générales.
9. Déclarer à l'Institution les Participants dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure ou égale à un mois sans maintien de la rémunération, auxquels l'Adhérent souhaite faire bénéficier du maintien des garanties dans les conditions de l'article 16.5.2 des présentes Conditions Générales.
10. Déclarer, le cas échéant, trimestriellement à l'Institution par le biais des appels de cotisations, l'effectif de la ou des Catégories de personnel.
11. Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée. En coordination avec l'Institution, l'Adhérent peut choisir de remplir ses obligations déclaratives par la voie de la DSN.

Les garanties sont accordées et les cotisations sont calculées sur la base des déclarations faites par l'Adhérent. Aussi, l'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Adhérent ou par le Participant 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'Institution.

15.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution 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'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information ou l'addenda modificatif de celle-ci qui lui a été communiquée par l'Institution.

L'Adhérent 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'Institution.

La preuve de la remise de la notice ou de l'addenda modificatif au Participant incombe à l'Adhérent.

L'Adhérent 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 16 – ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

16.1 Adhésion individuelle

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion de l'Adhérent nécessairement Participant au titre du contrat socle collectif obligatoire, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

La date de prise d'effet des garanties est mentionnée sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle ou sur le document de confirmation d'adhésion individuelle émis par l'Institution. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce(s) document(s) fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle le Participant bénéficie du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'Adhérent, s'il choisit d'adhérer à cette date sous réserve d'en avoir fait la demande dans les trois mois suivant la prise d'effet dudit contrat socle. Le cas échéant, l'adhésion individuelle prendra effet à la date de la demande.
- à défaut, si le Participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande de l'Adhérent.

16.2 Choix de l'option par le Participant et règle de changement d'option

16.2.1 Choix à l'adhésion

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif souscrit par l'Adhérent peut prévoir plusieurs options qui offrent des niveaux de prestations différents en contrepartie de cotisations différentes. Dans ce cas le Participant effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

16.2.2 Changement de niveau de garanties

Le Participant peut changer de niveau de garanties pour lui et ses ayants droit à l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement.

16.3 Bénéficiaires

16.3.1. Couverture des ayants droit

Si l'Adhérent a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

16.3.2. Définition des ayants droit

Sont applicables, au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions de l'article 7.3.2 des présentes Conditions Générales.

16.3.3 Affiliation des ayants droit

Sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions de l'article 7.3.3 des présentes Conditions Générales.

16.3.4. Modalités d'affiliation des ayants droit

Sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions des articles 7.3.3 et 7.3.4 des présentes Conditions Générales.

16.4 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion individuelle

16.4.1 Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

L'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés à l'article 16.4.2 des présentes Conditions Générales.

16.4.2 Cessation de l'adhésion individuelle du Participant

Sous réserve de l'application de l'article 17.1 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat socle collectif obligatoire
- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- soit à la date à laquelle le Participant ne fait plus partie de la Catégorie définie au contrat d'adhésion, en application de l'article 14 des présentes Conditions Générales,
- soit à la date de décès du Participant

L'adhésion individuelle du Participant peut également cesser :

- **à la demande du Participant :**
 - au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre.
 - en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'Institution dans les conditions prévues à l'article 19 des présentes Conditions Générales.

La dénonciation par le Participant de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler une nouvelle demande d'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

- **à la demande de l'Institution :**
 - en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 18 des présentes Conditions Générales.
 - en cas de non acceptation par le Participant des propositions de révision des cotisations formulées par l'Institution, selon les dispositions prévues à l'article 19 des présentes Conditions Générales. L'Institution procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du Participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

16.4.3 Cessation de l'adhésion des ayants droit

L'adhésion des ayants droit au contrat surcomplémentaire collectif facultatif prend fin :

- en cas de cessation de l'affiliation du Participant au contrat socle collectif obligatoire,
- en cas de cessation de l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 7.3.2 des présentes Conditions Générales,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur pour l'ayant droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'adhésion de l'ayant droit au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre

recommandée. La demande adressée à l'Institution 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.

16.5 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

16.5.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnité

Le bénéfice des garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

16.5.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée visée à l'article 16.5.1 des présentes Conditions Générales d'une durée inférieure à un mois, l'adhésion au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au Participant. L'Adhérent et/ou le Participant sont tenus au paiement des cotisations sur la base de l'article 16.5.3 des présentes Conditions Générales.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, le Participant peut demander à l'Institution le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive du Participant.

Le bénéfice du maintien des garanties peut être ouvert à toute cause de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération ou perception d'indemnité.

Lorsque les garanties sont maintenues, l'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail ;
- d'informer l'Institution du choix du Participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit. ; ainsi que de communiquer à l'Institution tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

Lorsque les garanties sont maintenues, le Participant est tenu :

- de remplir et d'envoyer à l'Institution un Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle,
- et lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du Participant :
 - de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...),
 - de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties. Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant selon les modalités fixées sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

À défaut de paiement de la cotisation 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'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception, au Participant, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

À 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'Institution peut résilier l'adhésion du Participant, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

En tout état de cause, s'il a la responsabilité du précompte des cotisations, l'Adhérent est garant auprès de l'Institution du paiement des cotisations par le Participant.

Durant le maintien des garanties, la couverture éventuelle des ayants droit est mise en œuvre ou maintenue dans les conditions prévues aux articles 16.3 et 16.4.3 des présentes Conditions Générales.

16.5.3 Dispositions communes applicables en cas de suspension du contrat de travail

Lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération, la rémunération brute servant de base de calcul à la cotisation s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le Participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, la rémunération prise en compte est le salaire annuel brut figurant au contrat de travail.

Toutefois, le Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base de celui-ci.

Article 17 – MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

17.1 Maintien des garanties Santé au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale : « la portabilité des droits »

Sont applicables, au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les dispositions de l'article 8.1 des présentes Conditions Générales.

17.2 Maintien des garanties Santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 17.1 des présentes Conditions Générales, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- résiliation ou non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Il appartient à l'Adhérent d'informer les Participants du droit établi à leur profit par l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

L'Institution ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des Participants quant au maintien des garanties.

Article 18 – COTISATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES FACULTATIVES

18.1 Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment, des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

La cotisation est exprimée forfaitairement.

La cotisation afférente aux garanties de base obligatoires prévues par le contrat est définie dans le contrat d'adhésion.

La structure de cotisations, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, est une structure Tarif Salarié / Conjoint / Enfant telle que définie à l'article 9.1 des présentes Conditions Générales.

18.2 Paiement des cotisations

18.2.1 Les cotisations sont recouvrées selon la périodicité indiquée au contrat d'adhésion. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

18.2.2 L'appel des cotisations est effectué auprès du Participant. Les cotisations seront recouvrées dans les conditions définies sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

18.2.3 En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent ou le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

En outre, l'Institution se réserve le droit de résilier le contrat surcomplémentaire collectif facultatif ou l'affiliation d'un Participant dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

18.3 Défaut de paiement des cotisations

18.3.1 L'appel des cotisations étant effectué auprès du Participant, il est fait application des dispositions suivantes :

Conformément à l'article L.932-22 du Code de la sécurité sociale, à défaut de paiement d'une seule des cotisations définies à l'article 18.2 des présentes Conditions Générales dans les dix jours de son échéance, le Participant pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Institution 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.

L'exclusion du Participant du groupe assuré 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 à l'article 18.2.3 des présentes Conditions Générales.

18.3.2 Le contrat ou l'adhésion individuelle non résiliés 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.

18.3.3 L'affiliation non résilié 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.

18.4 Indexation des cotisations

Les cotisations exprimées forfaitairement sont obligatoirement indexées au 1er janvier de chaque année en fonction de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connue.

L'indexation est annuelle et automatique. Elle s'impose à l'Adhérent sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au contrat.

Article 19 – REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 16.5.2 des présentes Conditions Générales, les dispositions de l'article 10 des présentes Conditions Générales sont applicables au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

QUATRIEME PARTIE DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS

Article 20 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Article 21 – RESILIATION DU OU DES CONTRATS

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrite aux articles 5 et 13 des présentes Conditions Générales et de la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du ou des contrats souscrits, ces derniers peuvent être résiliés dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

21.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, les contrats pourront être résiliés selon les conditions définies aux articles 9.3 des présentes Conditions Générales pour le contrat socle collectif obligatoire, et 18.3 des présentes Conditions Générales pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

21.2 Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou d'un Participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, les garanties du ou des contrats sont annulées de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Institution et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Participant.

21.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Adhérent

Conformément aux articles L. 932-10 et L. 932-19 du Code de la Sécurité sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, s'il a été souscrit, peut être décidée par l'Institution 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.

21.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du ou des contrats

21.4.1 Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du ou des contrats, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

L'Adhérent 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 ou des contrats, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Institution, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

21.4.2 Vis-à-vis du Participant ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution 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 31.3 des présentes Conditions Générales.

Article 22 – RECOURS - PRESCRIPTION

22.1 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'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations à caractère indemnitaire versées. L'Institution 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'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

22.2 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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 :

- en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte,
- en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou le bénéficiaire à l'Institution.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Article 23 – ENTREPRISE FILIALE ADHERENTE

23.1 Après l'accord de l'Institution, les entreprises qui entretiennent des liens capitalistiques avec l'Adhérent peuvent adhérer, au profit de leur personnel, au(x) contrat(s) souscrit(s).

L'adhésion est constatée par un avenant d'adhésion ou bulletin d'adhésion. Elle prend effet à la date qui y figure.

23.2 Lorsque l'adhésion prend effet, ladite entreprise acquiert la qualité d'Entreprise Filiale Adhérente. Toutes les dispositions du présent contrat lui sont alors applicables.

23.3 L'Adhérent reste, en sa qualité de souscripteur du contrat principal auprès de l'Institution, le seul interlocuteur direct de l'Institution.

23.4 L'adhésion des Entreprises Filiales Adhérentes étant indissociable et indivisible de l'adhésion de l'Adhérent, la résiliation du contrat avec celui-ci entraîne la résiliation de tous les avenants d'adhésion ou bulletins d'adhésion.

Article 24 – RECLAMATIONS - MEDIATION

L'Institution met à la disposition de ses entreprises adhérentes et/ou de ses 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 votre 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'Adhérent, 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 de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 Paris
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé

Article 25 – CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Article 26 – DISPOSITIONS DIVERSES

26.1 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'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

26.2 Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante :

Groupe Humanis
Cellule CNIL
Satisfaction clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles liant le Participant au groupe Humanis. Le Groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de ces données conformément aux dispositions légales susvisées.

26.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à

l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

Société OPPOSETEL
Service Bloctel
6 rue Nicolas Siret
10 000 TROYES

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

26.4 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent les contrats :

- les présentes Conditions Générales, de manière distributive pour le contrat socle collectif obligatoire et pour le contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- les contrats d'adhésion,
- les avenants, les lettres-avenant et les avenants d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions des contrats d'adhésion et celles des Conditions Générales, ce sont celles qui figurent sur les contrats d'adhésion qui l'emportent.

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

Les contrats expriment l'intégralité des accords conclus entre les parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet des contrats.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ces contrats 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 des contrats.

CINQUIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

Article 27 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Article 28 – GARANTIES FRAIS DE SANTE

28.1 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'exclusion des risques mentionnés à l'article 29 des présentes Conditions Générales et des frais non pris en charge visés à l'article 4 des présentes Conditions Générales.

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.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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'Institution dans les conditions fixées au tableau de garanties figurant 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.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les formules effectivement souscrites, prévus au tableau de garanties figurant en annexe des présentes Conditions Générales. Dès lors que le remboursement de l'Institution est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées à compter du 1^{er} janvier 2017 respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,

- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique) »,
- et « non OPTAM/non OPTAM CO ».

Toutefois, le Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, celui-ci s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Il y aura donc coexistence durant cette période, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

SOINS DE VILLE 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, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Transport pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Biologie médicale,**
- **Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive),**
- **Prothèses auditives, Piles et entretien de la prothèse auditive prise en charge par la Sécurité sociale,**
- **Forfait pour acte lourd.**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**

FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (Y COMPRIS MATERNITE) :

- **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^{er} jour**
- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale.** La prise en charge commence **au 1^{er} 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 le Contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- 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 hospitalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)
- Forfait ambulatoire
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 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
- Péridurale

Pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, à l'expiration de la 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 d'une durée supérieure à 90 jours continus, et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

MATERNITE ET ADOPTION :

- **Maternité** : une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents 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 ou d'adoption 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 DENTAIRES :

- **Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Parodontologie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Inlays, Onlays,**
- **Prothèses dentaires prises en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Implants (implant et pilier implantaire) non pris en charge par la Sécurité sociale.**

FRAIS D'OPTIQUE :

- **Equipe ment 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 de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans composé de deux verres et d'une monture. 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 et s'achève deux ans après.

Le Participant transmet à l'Institution une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le Participant doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'Institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

- **Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Chirurgie réfractive** (toute chirurgie de l'œil).

PREVENTION :

- **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac**
- **Médecine douce :** par dérogation à l'article 29 des présentes Conditions Générales, peuvent être pris en charge 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, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

- **Tous moyens contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale**
- **Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale,**
- **Cure Thermale** acceptée par la Sécurité sociale (y compris transport et séjour)
- Forfait pour cure thermale pris en charge par la Sécurité sociale par la Sécurité sociale.
- Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale

PACK SERVICES :

Le Participant et ses ayants-droit bénéficient d'un « Pack Services ». Ce Pack Services inclut de manière indissociable l'accès au réseau et aux services Itelis, l'accès à un service de Téléconsultation médicale ainsi que l'Assistance déjà prévue au contrat.

Les conditions et modalités du Pack Services sont décrites aux annexes jointes dénommées « CGU Téléconsultation 01.2017 », « Notice d'information complémentaire Itelis 01.2018 » et dans la notice Assistance déjà transmise.

28.2 Soins engagés à l'étranger

L'Institution garantit les actes et frais de soins engagés 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.

28.2.1 Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'Institution 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.

28.2.2 Justificatifs

L'Institution 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 29 – RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans les présentes Conditions Générales les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

En aucun cas l'Institution 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'Institution 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.

En aucun cas ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues par les contrats responsables.

SIXIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 30 – CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Article 31 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

31.1 Tiers Payant Généralisé

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 ses bénéficiaires 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 l'acceptation de ce dernier. 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 bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses bénéficiaires 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.

31.2 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'Institution 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 ou des contrats, 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'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

31.3 Demandes de Remboursement

31.3.1 Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 22.2 des présentes Conditions Générales.

31.3.2 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 la Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du ou des contrats, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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 prestation (inscription sur des registres nationaux, numéro d'inscription Adeli etc...).

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'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

31.3.3 Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, notamment en cas de modification de leur situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).

31.4 Justificatifs et contrôle

31.4.1 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.

31.4.2 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 bénéficiaire.

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**.

31.4.3 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.

31.4.4 *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.*

31.4.5 Les justificatifs à fournir par le bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après.

➤ Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de la journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordination de la structure HAD
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique	Facture détaillée et acquittée 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 : <ul style="list-style-type: none"> • soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, • soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Chirurgie réfractive	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie – Parodontologie prises en charge ou non par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale*
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

➤ Non Bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

➤ Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale
Facture originale acquittée
➤ En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution
Facture acquittée du Ticket Modérateur

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

Humanis Santé HCR - REGIME FRAIS DE SANTE

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES

CONTRATS STANDARDS SOCLES COLLECTIFS OBLIGATOIRES :

STA20160050001S-A ; STA20160050002S-A ; STA20160050003S-A ; STA20160050004S-A ;
 STA20160050111S-A ; STA20160050112S-A ; STA20160050113S-A ; STA20160050114S-A
 STA20160050121S-A ; STA20160050122S-A ; STA20160050123S-A ; STA20160050124S-A
 STA20160050131S-A ; STA20160050132S-A ; STA20160050133S-A ; STA20160050134S-A

CONTRATS STANDARDS SURCOMPLEMENTAIRES COLLECTIFS FACULTATIFS :

STA20160050005S-A / STA20160050115S-A / STA20160050125S-A / STA20160050135S-A

GARANTIES HUMANIS (Y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné)				
Consultations et visites généralistes - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	120% BR	170% BR	220% BR	420% BR
Consultations et visites généralistes - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR
Consultations et visites spécialistes - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	120% BR	170% BR	220% BR	420% BR
Consultations et visites spécialistes - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	120% BR	120%BR	120% BR	120% BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	100%BR	100% BR	100% BR

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Auxiliaires médicaux	100% BR	100%BR	100% BR	100% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Biologie médicale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)	125% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Prothèse auditive, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR	225% BR
Forfait supplémentaire prothèse auditive (par an et par personne protégée)	400€/oreille maxi 2/an	400€/oreille maxi 2/an	400€/oreille maxi 2/an	400€/oreille max 2/ an
Forfait "18€" pour acte lourd	100%FR	100% FR	100% FR	100% FR
PHARMACIE				
Pharmacie remboursée à 100% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
FRAIS D'HOSPITALISATION en établissements conventionnés et non conventionnés (y compris maternité)				
Honoraires ⁽³⁾ - Signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	330% BR	380% BR	510% BR	600% BR
Honoraires ⁽³⁾ - Non signataire OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour ⁽³⁾	190% BR	190% BR	190% BR	190% BR
Forfait journalier hospitalier	100%FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière de nuit	50 €	70 €	90 €	130 €

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Chambre particulière ⁽³⁾ (par jour et par personne protégée) en maternité	1,5% PMSS max 8 jours	1,5% PMSS max 8 jours	1,5% PMSS max 8 jours	1,5% PMSS max 8 jours
Chambre particulière de jour (CPA)	50 €	70 €	90 €	130 €
Frais d'accompagnement d'un enfant de - de 12 ans ⁽³⁾ (par jour et par personne protégée)	15 €	35 €	55 €	95 €
Forfait "18€" pour acte lourd ⁽³⁾	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Procréation médicale assistée / FIV				
MATERNITE ET ADOPTION				
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	8%PMSS	11%PMSS	17%PMSS	36%PMSS
FRAIS DENTAIRES				
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire	100%BR	140% BR	160% BR	200% BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	270% BR	370% BR	420% BR	520% BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	310% BR	410% BR	460 % BR	560% BR
<ul style="list-style-type: none"> - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores 				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	266% BR	366% BR	416 % BR	516% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :	258 € par acte	258 € par acte	258 € par acte	258 € par acte
<ul style="list-style-type: none"> - Couronnes et bridges ⁽⁴⁾ - Prothèses dentaires provisoires 				

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)				
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	250% BR	350% BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par personne protégée)		100 €	500 €	700 €
Plafond prothèses dentaires non remboursées, orthodontie non remboursée, parodontologie non remboursée (par an et par personne protégée)	-	-	-	-
Implants non remboursés par la Sécurité sociale (implant + pilier implantaire) (par an et par personne protégée)	-	100 €	500 €	700 €
FRAIS D'OPTIQUE				
Equipement optique : Forfait pour une période de 2 ans pour un équipement composé d'une monture et de 2 verres.	Réseau partenaire			
Monture (forfait pour 2 ans, par personne protégée)	100 €	100 €	100 €	100 €
Remboursement par verre				
Remboursement par verre dioptrie de 0 à 4 : verres unifocaux/verres multifocaux	160€/250€	160€/250€	160€/250€	180€/270€
Remboursement par verre dioptrie de 4,25 à 6 : verres unifocaux/verres multifocaux	185€/288€	185€/288€	185€/288€	185€/310€
Remboursement par verre dioptrie de 6,25 à 8 : verres unifocaux/verres multifocaux	222€/300€	222€/300€	222€/300€	257€/325€
Remboursement par verre dioptrie à partir de 8,25 : verres unifocaux/verres multifocaux	277€/311€	277€/311€	277€/311€	300€/375€
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	126 € (mini TM)	126 € (mini TM)	126 € (mini TM)	226 € (mini TM)

GARANTIES HUMANIS (y compris remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance)	CCN HCR (Base)	SURCOMPLEMENTAIRE 1 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 2 (Y compris la base CCN HCR)	SURCOMPLEMENTAIRE 3 (Y compris la base CCN HCR)
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par personne protégée)	126 €	126 €	126 €	226 €
Chirurgie réfractive (toute chirurgie de l'œil) (par œil)	-	-	-	150 €
PREVENTION				
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (forfait par an et par personne protégée)	80 €	80 €	80 €	80 €
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie (forfait par an et par personne protégée)	100 €	150 €	200 €	250 €
Acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien (forfait par an et par personne protégée)	-	50 €	100 €	150 €
Tous moyens contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	3% PMSS	3,5% PMSS	4% PMSS	5% PMSS
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale y compris transport et séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	-	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par la SS (forfait par an et par personne protégée)	-	15 €	30 €	50 €

(1) « OPTAM / OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO qui s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

(2) Les taux de remboursement exprimés correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale.

(3) Y compris séjours en maison de repos à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour.

(4) Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° Cristal **09 77 40 05 50** APPEL NON SURTAXE

Adresse : Humanis
41931 Blois cedex 6

Site internet : humanis.com