



CCN des Activités de Marchés Financiers

Conditions générales santé

Edition janvier 2018

Garanties frais de santé

Référence : CG « facultatif »- CCN des Activités de Marchés Financiers -santé-2018

SOMMAIRE

Table des matières

SOMMAIRE	3
PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS GENERALES	4
▶ Article 1 - Objet du contrat	4
▶ Article 2 - Adhésion	4
▶ Article 3 - Durée du contrat d'adhésion - Renouvellement.....	4
▶ Article 4 - Conditions d'affiliation des Participants.....	5
▶ Article 5 - Bénéficiaires.....	5
▶ Article 6 - Entrée en vigueur des garanties	8
▶ Article 7 - Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant.....	8
▶ Article 8 - Cessation de l'adhésion individuelle du Participant	8
▶ Article 9 - Maintien des garanties sante du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.....	9
▶ Article 10 - Assiette et montant des cotisations	10
▶ Article 11 - Paiement des cotisations	10
▶ Article 12 - Révision des cotisations et/ou des garanties	11
▶ Article 13 - Résiliation du contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.....	11
▶ Article 14 - Recours - Prescription	12
▶ Article 15 - Réclamations - Médiation	13
▶ Article 16 - Contrôle de l'Institution	13
▶ Article 17 - Dispositions diverses	13
DEUXIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES.....	15
▶ Article 18 - Contrat solidaire	15
▶ Article 19 - Garanties frais de santé.....	15
▶ Article 20 - Risques exclus	17
▶ Article 21 - Modalités de versement des prestations	18
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement.....	20
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	22
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	23

PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS GENERALES

► Article 1 - Objet du contrat

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du contrat d'adhésion.

Il est souscrit par la personne morale désignée au Contrat d'Adhésion, et ci-après dénommée « l'Adhérent » auprès de Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110, dont le siège social est à Paris (75014) 29 boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que les modalités d'affiliation de l'ensemble du Personnel.

Elles organisent également la mise en place de l'extension facultative et individuelle des conjoints des salariés.

Les Conditions Générales et le contrat d'adhésion associé ont pour objet d'instituer 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 et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, à laquelle les membres du personnel peuvent adhérer, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif facultatif ».

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du présent contrat surcomplémentaire collectif facultatif est 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, a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'Adhérent sont précisées en annexe des présentes Conditions Générales.

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

► Article 2 - Adhésion

Afin d'adhérer au contrat, l'entreprise devra retourner à l'Institution le contrat d'adhésion, dûment rempli, daté et signé. L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion contresigné et retourné à l'employeur. En tout état de cause,

l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat susvisé accompagné des présentes Conditions Générales forme le contrat de l'Adhérent.

► Article 3 - Durée du contrat d'adhésion - Renouvellement

Seuls peuvent souscrire au présent contrat surcomplémentaire collectif facultatif les Adhérents au contrat socle collectif obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire. Les adhérents au seul contrat socle collectif obligatoire ne peuvent pas souscrire le présent contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire 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 et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution. Les trois adhésions se réalisent au moyen de trois contrats d'adhésions différents.

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée 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 dénonciation du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

► Article 4 - Conditions d'affiliation des Participants

4.1 Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à l'ensemble du personnel que l'Adhérent envisage de garantir au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de la catégorie assurée.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats frais de santé, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'Institution le bulletin d'adhésion individuelle dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif (si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN), accompagné des pièces justificatives visées à l'article 5.3, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant.
4. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans l'effectif de l'entreprise et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite, en précisant la date et le motif du départ, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion en application de l'article 10.
7. 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 tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN.

L'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative 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.**

4.2 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 du contrat.

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.

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 de celle-ci.

4.3 Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque membre du personnel qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.
CG « facultatif »- CCN des Activités de Marchés Financiers -santé-2018

► Article 5 - Bénéficiaires

5.1 Couverture des ayants droit

Lorsque l'Adhérent a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, **les bénéficiaires déclarés par le Participant au titre de ce contrat doivent être strictement identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire**

En conséquence, la souscription du présent contrat par le Participant emporte de plein droit l'affiliation du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, à charge, des enfants à charge, des ascendants et descendants à charge du Participant, et de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge si celui-ci est affilié au contrat socle collectif obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

5.2 Définition des ayants droits

Sont ayants droit du Participant :

- Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge du Participant,
- Les enfants à charge,
- Les ascendants et descendants à charge,

définis ci-après.

- Le conjoint, le partenaire d'un PACS ou le concubin en qualité d'ayant droit du salarié au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 1°) du Code de la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019) ;
- Le conjoint, le partenaire d'un PACS ou le concubin sans activité professionnelle ou à la charge effective, totale et permanente du salarié.

Un seul ayant-droit peut être reconnu au titre de la vie de couple.

- Les enfants à charge c'est-à-dire :
 - Les enfants de moins de 21 ans, non-salariés et à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 2°) et 3°) du Code de la Sécurité sociale, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019)
 - Les enfants de moins de 21 ans, non salariés, à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
 - Les enfants de moins de 25 ans placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail, et à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
 - Les enfants de moins de 26 ans s'ils bénéficient d'un contrat de professionnalisation, que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,
 - Les enfants atteints d'une infirmité permanente les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice,
 - Les enfants n'ayant pas dépassés la date anniversaire de leurs 26 ans s'ils sont non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et s'ils justifient de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé. Au terme de leurs études, ces enfants sont couverts pendant une durée maximale

d'un an sous réserve d'être à la recherche d'un premier emploi ;

- Les enfants, remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire.
- Les ascendants et descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 4°) du Code de la Sécurité sociale, figurant sur la carte de Sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019).
- Les ascendants et descendants à la charge effective, totale et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin et vivant sous le toit du salarié.

Le bénéficiaire du contrat peut être étendu, à la demande du Participant, à titre facultatif, à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin non à charge :

- bénéficiant à titre personnel des prestations du régime de la Sécurité sociale jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019),
- exerçant une activité professionnelle, ou non à la charge effective, totale et permanente du salarié.

5.3 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, ses enfants à charge et ses ascendants et descendants à charge.

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 (notamment naissance, décès...)

Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Institution de ces modifications.

En tout état de cause, le Participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, ses enfants à charge et ses ascendants et descendants à charge, à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

L'affiliation du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, des enfants à charge et des ascendants et descendants à charge prend effet à la date prévue à l'article 6 des présentes Conditions Générales

Extension facultative au conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, non à charge

Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge, est couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant, si celui-ci est couvert au titre du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire. En tout état de cause, les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par le Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire, de son contrat surcomplémentaire collectif obligatoire et son contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

La déclaration du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge :

- ✧ à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale,
- ✧ chaque 1^{er} janvier sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Le Participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS non à charge, à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec le bulletin 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 Pacte Civil de Solidarité,
- ✧ l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- ✧ Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS à charge :
 - ✧ la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale,
 - ✧ la photocopie du dernier avis d'imposition commune,
 - ✧ ou en cas d'imposition séparée, photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé et attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre,

signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun,),

- ✧ attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité professionnelle ou être à la charge effective, totale et permanente du Participant.
- ✧ Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS non à charge :
 - ✧ la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
 - ✧ la copie du bulletin de salaire,
 - ✧ la photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé.
- ✧ pour les enfants à charge selon leur situation :
 - ✧ pour les enfants de moins de 21 ans non salariés, une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils sont à la charge effective et permanente du Participant, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS
 - ✧ le certificat de scolarité,
 - ✧ la copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - ✧ la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - ✧ la copie du dernier bulletin de salaire,
 - ✧ la photocopie de tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la carte d'invalidité)
 - ✧ l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - ✧ la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
- ✧ Pour les ascendants ou descendants à charge :
 - ✧ la photocopie de l'avis d'imposition de la personne vivant sous le toit du Participant;
 - ✧ tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture,) ou à défaut, attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par le Participant et la personne à charge.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale 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 celle de l'un de ses bénéficiaires ne permettant plus à ce dernier d'avoir cette qualité.

5.4 Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires 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 ci-avant,
- ✧ au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- ✧ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'extension facultative du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, non à charge. 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 et/ou du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

► Article 6 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif souscrit par l'entreprise prennent effet :

- ✧ à la date d'effet de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire pour tous les Participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à l'article D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale de droit et celles visées par l'acte juridique prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives,
- ✧ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense, sous réserve d'être participants au titre du contrat

socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

Pour les ayants droit, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- ✧ à la date d'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- ✧ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation dès lors qu'ils sont affiliés au contrat collectif socle obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,
- ✧ à défaut, et uniquement pour l'extension facultative du conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS et non à la charge du Participant, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

► Article 7 - 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 8 des présentes Conditions Générales.

► Article 8 - Cessation de l'adhésion individuelle du Participant

Sous réserve de l'application de l'article 10 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle du Participant au contrat surcomplémentaire collectif facultatif cesse de plein droit :

- ✧ soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire et/ou au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,
- ✧ soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- ✧ soit à la date à laquelle le Participant ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise.

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 13.

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

✦ **à la demande de l'Institution :**

- › en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 12,
- › en cas de non acceptation par le Participant des propositions de révisions des cotisations formulées par l'Institution, selon les dispositions prévues à l'article 13. 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 du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative.

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.

La radiation du Participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

► Article 9 - Maintien des garanties sante du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

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

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

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat surcomplémentaire collectif facultatif et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du

Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

En lieu et place de cette déclaration, l'Adhérent peut effectuer cette démarche par voie dématérialisée.

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

En tout état de cause, l'affiliation au contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 d'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Obligations déclaratives

Le Participant s'engage à fournir à l'Institution :

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

Garanties

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

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

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

9.2 Maintien de 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 Frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 9.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

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

► Article 10 - 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.

Les taux de cotisations du contrat sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

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

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 5.3 des présentes Conditions Générales.

La cotisation « Famille » est identique pour chacun des Participants quelles que soit leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du Participant, de son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge, de ses enfants à charge et de ses ascendants et descendants à charge.

La cotisation « conjoint non à charge » est due si le Participant souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, non à sa charge.

► Article 11 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant. Elles sont acquittées par le Participant dans les conditions définies sur bulletin d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations définies en annexe II 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 le prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

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.

► Article 12 - Révision des cotisations et/ou des garanties

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

12.1 Révision annuelle des cotisations

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

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 1er 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.

12.2 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 celles relatives à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou à 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 des 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.

12.3 Modification du périmètre

L'Adhérent s'engage à informer l'Institution de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés

ayant servi à l'appréciation du risque par l'Institution.

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

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

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

► Article 13 - Résiliation du contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 3, l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

13.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, le contrat surcomplémentaire collectif facultatif pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 11.

13.2 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 contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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.

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

Conformément à l'article L. 932-10 du code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation

judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du code de commerce. La résiliation est alors opposable à l'ensemble des Participants, y compris ceux bénéficiant de la portabilité prévue à l'article 9.1 des présentes Conditions Générales.

13.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

Vis-à-vis de l'Adhérent

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

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

La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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 21 des présentes Conditions Générales.

► Article 14 - Recours - Prescription

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 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.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ✧ **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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, du Participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit 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, le Participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, 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 :

- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation**
- **et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Participant, le Bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.**

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

► Article 15 - Réclamations - Médiation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et/ou des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance

Service Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45 777 Saran cedex

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

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

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

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

Médiateur 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 16 - Contrôle 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 17 - Dispositions diverses

Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats 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.

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-cnil@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.

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 données à caractère personnel à des

fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

DEUXIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES

► Article 18 - Contrat solidaire

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif satisfait aux conditions du Contrat Solidaire. En revanche il ne satisfait pas aux conditions du contrat responsable posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

L'Adhérent reconnaît que son attention a été spécialement attirée par l'Institution sur les conséquences de la non-conformité du présent contrat au contrat responsable, dont, notamment le taux majoré de taxe sur les conventions d'assurance.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire 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, fait part de sa volonté de bénéficier de cette couverture complémentaire.

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

► Article 19 - Garanties frais de santé

Les garanties des contrats figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

19.1 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 Participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 20 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 18 ci-avant.

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 des présents contrats 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 aux tableaux des garanties annexés.

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.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, les mentions « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées 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.

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

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 d'hospitalisation.

Hospitalisation à domicile prise en charge par la Sécurité sociale.

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

- ❖ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ❖ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non au contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- ❖ Forfait 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 hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),
- ❖ Forfait ambulatoire,
- ❖ 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**),

Pour les frais de chambre particulière, la prise en charge est limitée à :

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

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par

la garantie.

- ❖ Périodurale,
- ❖ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non au 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.**
- ❖ **Frais d'analyse et de laboratoire.**
- ❖ **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).**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

PHARMACIE :

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

TRANSPORT :

- ❖ **Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.**

DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :**
 - couronnes, bridges et inter de bridges,
 - couronnes sur implant,
 - prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires),
 - réparations sur prothèses,
 - inlays-cores.
- ❖ **Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :**
 - couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges),
 - prothèses dentaires provisoires,

› réparations.

- › **Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,**
- › **Parodontologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale,**
- › **Implantologie.**

OPTIQUE :

- › **Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture).**

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

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

- › **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.**
- › **Chirurgie réfractive.**

APPAREILLAGES :

- › **Orthopédie et autres prothèses.**
- › **Prothèse auditive.**

MEDECINES DOUCES :

Par dérogation à l'article 20 « Risques exclus », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés 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.

19.2 Soins engagés hors de France

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

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.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

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 20 - Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 19 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

Ne donnent pas non plus lieu à remboursement :

› **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.**

› **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).**

› **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.**

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.

► Article 21 - Modalités de versement des prestations

21.1 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.

21.2 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 contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la base de remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

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

21.3 Demandes de remboursement

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 date du décompte de Sécurité sociale ou de la survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 14.

Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, 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.

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.

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

21.4 Justificatifs et contrôle

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

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Participant ou de son ayant droit affilié 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 par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant ou de son ayant droit affilié. 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 le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

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

► **Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement**

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de Ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

Non bénéficiaire Noémie

**Pour les soins pris en charge par la
Sécurité sociale**

Décompte original de la Sécurité sociale

Justificatifs ci-dessus

* 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.

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

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

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : facture acquittée du ticket modérateur.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes hors nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

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

Contrat responsable : contrat collectif ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat solidaire : contrat collectif ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

DSN : La Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » 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

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 : cette notion 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 1er 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.

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

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.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ❖ **orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,**
- ❖ **conseiller sur les démarches à entreprendre,**
- ❖ **étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.**

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

A qui s'adresser

Humanis
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

Votre interlocuteur Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : N° CristalAPPEL NON SURTAXE

Adresse :

Site internet :

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale –
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110 Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris