

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE**

CONDITIONS GÉNÉRALES
CONTRAT **SURCOMPLEMENTAIRE** DE
PREVOYANCE COLLECTIVE

GARANTIES FRAIS DE SANTE

HUMANIS PREVOYANCE

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES | 3 |
| Article 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DU CONTRAT | 3 |
| Article 2 - DEFINITIONS | 3 |
| Article 3 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE | 6 |
| Article 4 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT | 7 |
| Article 5 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT | 8 |
| Article 6 - AFFILIATION OBLIGATOIRE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT / AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT | 10 |
| Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES | 15 |
| Article 8 - COTISATIONS | 17 |
| Article 9 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION | 18 |
| Article 10 - RESILIATION DU CONTRAT | 19 |
| Article 11 - RECOURS - PRESCRIPTION | 20 |
| Article 12 - RECLAMATIONS – MEDIATION | 21 |
| Article 13 - CONTROLE DE L'INSTITUTION | 22 |
| Article 14 - DISPOSITIONS DIVERSES | 22 |
| DEUXIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES | 25 |
| Article 15 - GARANTIES FRAIS DE SANTE | 25 |
| Article 16 - RISQUES EXCLUS | 30 |
| TROISIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS | 31 |
| Article 17 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS | 31 |

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DU CONTRAT

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

Il est souscrit par la personne morale désignée au Bulletin d'Adhésion, et ci-après dénommée « **l'ADHERENT** », 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 Rue Edgar Quinet dénommée ci-après « **l'INSTITUTION** ».

Les Conditions Générales et le Bulletin d'Adhésion associés ont pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion obligatoire ou facultative à laquelle les membres du personnel de l'entreprise appartenant à la catégorie assurée peuvent ou doivent adhérer, dénommée ci-après « contrat surcomplémentaire collectif ».

Le contrat surcomplémentaire collectif offre des renforts complémentaires aux garanties du contrat socle conventionnel obligatoire de l'Accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de mutuelle complémentaire, dénommé ci-après « contrat socle conventionnel obligatoire ».

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat surcomplémentaire collectif 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'assurances régies par ce dernier article lorsque l'adhésion est obligatoire,
- par celles 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 lorsque l'adhésion est facultative.

Les garanties, qu'elles soient COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES ou FACULTATIVES, ont pour objet le remboursement des frais de santé.

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

Article 2 - DEFINITIONS

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

ADHERENT : Personne morale souscriptrice du présent contrat.

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

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

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

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

Conjoint : Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du PARTICIPANT marié non séparé de corps judiciairement ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les 2 célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (PACS).

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

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

Contrat socle conventionnel : Contrat conventionnel complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Contrat surcomplémentaire : A adhésion facultative, il intervient en complément d'un contrat socle conventionnel, sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et dudit contrat socle.

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.

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

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 : 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 ».

Le dispositif de 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.

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

PARTICIPANT : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au Bulletin 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.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le Participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Secteur conventionné et secteur non conventionné :

- ✧ **Secteur conventionné** : ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés
 - en **secteur 1** : ils s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale,
 - en **secteur 2** : ils sont autorisés à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Le Participant devra alors supporter le dépassement de tarif, la Sécurité sociale ne remboursant que sur la base du tarif de référence.

- ✧ **Secteur non conventionné** : ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale. Ils pratiquent des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

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

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

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

Tranches soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : Fraction de la Rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond annuel de la

Sécurité sociale.

- Tranche B : Fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre le Plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci.
- Tranche C : Fraction de la Rémunération brute annuelle comprise entre quatre fois le Plafond annuel de la Sécurité sociale et huit fois celui-ci.

Article 3 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

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

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'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 publique (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. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies aux présentes Conditions Générales 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 4 - PRISE D'EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT

Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire collectif les ADHERENTS au contrat socle conventionnel collectif obligatoire.

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

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle conventionnel collectif obligatoire de l'ADHERENT et de l'INSTITUTION. Les deux adhésions se réalisent au moyen de Bulletins d'Adhésion différents.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion, sous réserve de l'acceptation par l'Institution et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat surcomplémentaire collectif 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 résiliation du contrat par l'ADHERENT 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 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.

L'INSTITUTION peut également résilier le contrat en adressant un courrier recommandé à l'ADHERENT au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

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

Article 5 - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

5.1 Obligations de l'Adhérent :

5.1.1 Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire :

L'ADHERENT 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 par le présent contrat.

Le choix et la définition de cette ou ces Catégories sont à la charge exclusive de l'ADHERENT.

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. 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 sont à la charge exclusive de l'ADHERENT.

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.

3. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats de prévoyance complémentaire.
4. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle visé ci-dessous dûment renseignée par chaque PARTICIPANT, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat d'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire
 - soit la date de l'entrée du PARTICIPANT dans la catégorie assurée.
5. Communiquer à l'INSTITUTION la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat d'adhésion, du maintien de leurs garanties Frais de Santé au titre de la portabilité des droits.
6. Déclarer à l'INSTITUTION toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie de salariés assurée.
7. Déclarer à l'INSTITUTION tout PARTICIPANT qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise ou sort de la catégorie assurée, notamment suite à un transfert dans une autre Catégorie. L'ADHERENT 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 bénéficie pas du maintien de son affiliation.
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'ADHERENT souhaite faire bénéficier du maintien des garanties dans les conditions de l'article 6.6.2.
10. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations, l'effectif de la ou des catégories de salariés et la masse salariale brute si l'ADHERENT a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la Rémunération brute définie à l'article 2 des Conditions Générales ventilée par tranches soumises à cotisation sociales, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'Institution par les flux DSN.

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, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT 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 en cas de manquement par l'ADHERENT à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'INSTITUTION.

5.1.2 Dans le cadre d'une adhésion collective facultative :

L'ADHERENT s'engage à :

1. Communiquer à l'INSTITUTION la ou les catégories de personnes physiques dont elle souhaite assurer la couverture par le présent contrat.
Le choix et la définition de cette ou ces catégories est à la charge exclusive de l'ADHERENT.
2. Communiquer à l'Institution, sur support papier ou dématérialisé, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle visé ci-dessous dûment renseigné par chaque PARTICIPANT qui souhaite adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif , accompagné des pièces justificatives visées à l'article 6.3.4, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le PARTICIPANT.
3. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'ADHERENT qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans la catégorie définie au Bulletin d'Adhésion et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat surcomplémentaire collectif facultatif .
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.
5. Le cas échéant, 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.
6. 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 ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
7. Déclarer à l'INSTITUTION tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion.
8. 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'ADHERENT souhaite faire bénéficier du maintien des garanties dans les conditions de l'article 6.6.2.
9. Déclarer, le cas échéant, trimestriellement à l'Institution par le biais des appels de cotisations, l'effectif de la ou des catégories de salariés et la masse salariale brute si l'ADHERENT a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la Rémunération brute définie à l'article 2 des Conditions Générales ventilée par tranches soumises à cotisation sociales, tant que ces informations ne sont pas transmises par l'ADHERENT ni traitées par l'Institution par les flux DSN.
10. 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'ADHERENT 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 en cas de manquement par l'ADHERENT 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.

5.2 Information des PARTICIPANTS

L'ADHERENT 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'ADHERENT s'engage à remettre à chaque PARTICIPANT la notice d'information qui lui a été communiquée par l'INSTITUTION.

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

La preuve de la remise de la notice ou de l'addenda modificatif au PARTICIPANT incombe à l'ADHERENT.

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

Article 6 - AFFILIATION OBLIGATOIRE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT / AFFILIATION FACULTATIVE DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

L'adhésion au contrat surcomplémentaire collectif est proposée à chaque membre du personnel de la catégorie assurée de l'ADHERENT, nécessairement PARTICIPANT au titre du contrat socle conventionnel collectif obligatoire.

6.1 Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : affiliation des PARTICIPANTS

Le contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'ADHERENT, appartenant à la Catégorie assurée.

L'usage, par l'ADHERENT, des facultés offertes à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale de dispenser d'affiliation certains membres du personnel, est admis par l'INSTITUTION dans les conditions prévues au point 2 de l'article 5.1.1 des présentes Conditions Générales.

Lors de l'adhésion de l'ADHERENT, ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel appartenant à la Catégorie assurée renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'INSTITUTION.

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

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat lorsque le membre du personnel appartient à la Catégorie assurée à cette date,
- 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 de transfert dans la Catégorie assurée si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

6.2 Dans le cadre d'une adhésion collective facultative : affiliation des PARTICIPANTS

Le contrat permet à chaque personne appartenant à la Catégorie assurée, qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au présent contrat, moyennant le paiement des cotisations prévues à l'article 8.

L'affiliation du PARTICIPANT ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque PARTICIPANT, renseigne intégralement et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'INSTITUTION, dans lequel il précise notamment son état civil et, le cas échéant, ses ayants droit.

L'INSTITUTION émet un document de confirmation d'affiliation mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de cette affiliation. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document 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 conventionnel collectif obligatoire, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si le PARTICIPANT choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'INSTITUTION de la demande du PARTICIPANT.

6.3 Bénéficiaires et Ayants droit

6.3.1 Choix des Bénéficiaires

Le PARTICIPANT doit, en tout état de cause couvrir ses ayants droit affiliés au contrat socle conventionnel collectif obligatoire. Les bénéficiaires au titre de ce contrat sont strictement identiques à ceux affiliés au contrat socle conventionnel collectif obligatoire.

6.3.2 Définition des Ayants droit

Sont ayants droit du PARTICIPANT, selon les définitions prévues à l'article 2 :

✓ le Conjoint,

✓ Les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs du du PARTICIPANT ou de son conjoint, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial : :

○ - de moins de 18 ans,

○ - de 18 ans à moins de 26 ans, s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, contrat d'alternance ou de professionnalisation, ou s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre

au Pôle Emploi,

- quel que soit leur âge s'ils sont reconnus en état d'invalidité avant leur 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et sont titulaires de la carte d'invalidé civil..

6.3.3 Affiliation des Ayants droit

La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du PARTICIPANT. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'INSTITUTION accepte la modification des ayants droit en cas d'évolution de la situation familiale du PARTICIPANT (notamment naissance, décès, séparation...). Le PARTICIPANT est tenu d'informer l'ADHERENT et l'INSTITUTION de ces modifications. Cette modification prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'INSTITUTION de la demande d'affiliation.

6.3.4 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,
- un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT ou de son Conjoint, ,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la copie de la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie de la notification de l' Allocation d'Education Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé.

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.

6.3.5 Cessation de l'affiliation des ayants droit

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,

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

6.4 Durée et renouvellement de l'affiliation facultative du PARTICIPANT (dans le cadre d'une adhésion collective facultative) :

6.4.1 Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT

L'adhésion individuelle du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative 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 ci-dessous.

6.4.2 Cessation de l'adhésion individuelle du PARTICIPANT

Sous réserve de l'application de l'article 7.1 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 surcomplémentaire collectif facultatif,
- soit à la date à laquelle le PARTICIPANT ne fait plus partie des membres du personnel de l'ADHERENT.

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 9.

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 8.
- 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 9. 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'ADHERENT sa carte de tiers payant. L'ADHERENT 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.

6.5 Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS (dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire)

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

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'entreprise au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des PARTICIPANTS reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'ADHERENT,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire .

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Le PARTICIPANT qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'ADHERENT 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.

6.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

6.6.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération ou perception d'indemnités.

Le bénéfice des garanties est maintenu au PARTICIPANT dont le contrat de travail est suspendu notamment suite à une maladie, une maternité ou un accident moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

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

6.6.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de revenu.

- En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 6.6.1 d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au PARTICIPANT. L'ADHERENT est tenu au paiement des cotisations ainsi que le PARTICIPANT sur la base des dispositions ci-dessous.
- En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 6.6.1 d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Toutefois, le PARTICIPANT peut demander à l'INSTITUTION le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations à la charge exclusive du PARTICIPANT.

Lorsque les garanties sont maintenues :

1) L'ADHERENT est tenu :

- d'informer l'INSTITUTION de la suspension du contrat ;

- 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.

2) Si les cotisations sont à la charge 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.

A 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 son exclusion du groupe.

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 peut exclure le PARTICIPANT du groupe, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées.

Durant le maintien des garanties, la couverture éventuelle des ayants droit est mise en œuvre ou maintenue dans les conditions prévues à l'article 6.3.

Article 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

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

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 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.

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification au présent article au jour de son entrée en vigueur.

Si l'ADHERENT n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L'AFFILIATION

L'affiliation du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif 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 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 .

OBLIGATIONS DECLARATIVES

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 au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail sans possibilité de les modifier 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 ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au PARTICIPANT.

L'ADHERENT s'engage à informer le PARTICIPANT de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat surcomplémentaire collectif, 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. 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.

7.2 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 Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 7.1, moyennant le paiement de cotisations appliquées au règlement concerné à la date d'effet de la résiliation du contrat , dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle,
- résiliation ou non-renouvellement du présent contrat.

Il appartient à l'ADHERENT 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 8 - COTISATIONS

8.1 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.

Les taux de cotisations du contrat surcomplémentaire collectif sont mentionnés en annexe du bulletin d'adhésion.

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 6.3.4 des présentes Conditions Générales.

La structure de cotisations, peut-être au choix de l'ADHERENT, une structure Tarif Salarié, Tarif Couple ou Tarif Famille.

Dans le cadre de la structure Tarif Salarié ou Tarif Couple :

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 6.3.4 des Conditions Générales, soit :

Cotisation « **Salarié** » : le PARTICIPANT,

Cotisation « **Couple** » : le PARTICIPANT et son conjoint, même s'il bénéficie à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale,

Dans le cadre de la structure Tarif Famille :

Cotisation « **Famille** » : le PARTICIPANT, son conjoint, même s'il bénéficie à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale, et les enfants à charge tels que définis à l'article 6.3.2 des présentes Conditions Générales.

8.2 Paiement des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire (Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'ADHERENT) :

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'ADHERENT. Elles sont payables notamment par prélèvement automatique dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

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

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'INSTITUTION, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'ADHERENT. A défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'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 intérêts de retard définis ci-après. L'INSTITUTION se réserve le droit d'informer directement les PARTICIPANTS de la défaillance de l'ADHERENT.

Lorsque l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès du PARTICIPANT dans le cadre d'une adhésion collective facultative :

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle du PARTICIPANT au contrat surcomplémentaire collectif pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion au contrat surcomplémentaire 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 intérêts de retards définis ci-après.

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

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

L'adhésion de l'ADHERENT ou l'adhésion individuelle non résiliés reprennent 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 9 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION

9.1 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'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

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

9.2 Révisions en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par

l'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 des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération à charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

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

En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'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'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

9.3 Modification du périmètre

L'ADHERENT s'engage à informer l'INSTITUTION de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés et anciens 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'ADHERENT, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet du dit changement. En cas de désaccord, l'ADHERENT doit en aviser l'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'ADHERENT est réputé avoir accepté ladite modification.

Outre les cas de résiliation visés à l'article 4 des présentes conditions générales, le contrat peut être résilié dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Article 10 - RESILIATION DU CONTRAT

10.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'ADHERENT, le contrat est résilié dans les conditions définies à l'article 8.2.

10.2 Fausse déclaration intentionnelle

Conformément aux articles L.932-7 et L. 932-16 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'ADHERENT ou d'un PARTICIPANT susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'INSTITUTION, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'ADHERENT ou le PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

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

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

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'ADHERENT, la résiliation du contrat 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.

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

10.4.1 Vis-à-vis de l'ADHERENT

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

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais afférents.

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

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

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat met fin aux garanties, sous réserve des dispositions prévues à l'article 7.1 et 7.2.

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 17.3 des présentes Conditions Générales.

Article 11 - RECOURS - PRESCRIPTION

11.1 Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'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.

11.2 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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'ADHERENT 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'ADHERENT ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans pour les prestations Frais d'obsèques dès lors que le Bénéficiaire n'est pas le PARTICIPANT ;

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'ADHERENT lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation ou au PARTICIPANT lorsque l'ADHERENT 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 l'ayant droit à l'INSTITUTION.

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

Article 12 - RECLAMATIONS – MEDIATION

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

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

Tel. (appel non surtaxé) : Le numéro est 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 être fournie dans ce délai, l'INSTITUTION adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée à la réclamation sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'ADHERENT, le PARTICIPANT, 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
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 13 - CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'INSTITUTION est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 14 - DISPOSITIONS DIVERSES

14.1 Confidentialité

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

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

14.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'Institution, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que

notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le Participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par l'Institution pour confirmer l'identité du Participant avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Participant peut saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

14.3 Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT)

En application des dispositions du code monétaire et financier, l'Institution met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de la fin de la relation.

Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.

1.4 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, peut s'inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du code de la consommation. 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 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.

14.5 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales,
- les Contrats d'Adhésion,
- les avenants, les lettres avenant et les avenants d'adhésion ou bulletins d'adhésion,
- le document de confirmation d'adhésion individuelle.

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 du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

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

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

DEUXIEME PARTIE

DEFINITION DES GARANTIES

Article 15 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

15.1 Objet et conditions des garanties

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

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

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

Si le Conjoint 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 dans les tableaux de garanties.

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.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, est réduite dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice. Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataire du Contrat d'accès aux soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties. 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.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - **Frais chirurgicaux proprement dits.**
- **Hospitalisation médicale :**
 - **Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation.**
 - **Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée 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 LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).**
 - **Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins– les dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
 - **Forfait journalier 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 de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours).**
 - **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 ».**

A l'expiration de la limite de prise en charge de 365 jours ou 180 jours pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**
- **Péridurale.**

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

- 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 médecin 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).
- Biologie médicale.
- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.
- Ostéodensitométrie.
- Amniocentèse.

Pharmacie :

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale.
- Vaccins.
- Pilules contraceptives.
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).

Appareillage :

- Orthopédie et prothèses diverses.
- Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse auditive.
- Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale.

Frais de Transport

Frais dentaires :

- Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) remboursés par la Sécurité sociale.
- Parodontologie remboursée ou non par la Sécurité sociale.
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité Sociale.
- Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale.
- Implants : implant, pilier implantaire.
- Prophylaxie non remboursée par la Sécurité sociale.

Les réparations sur prothèses à caractère esthétique non remboursées par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement

Frais d'optique :

- **Équipement optique remboursé par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie).**

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par le présent Contrat. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une 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'acquisition de l'équipement par le Participant. Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres) celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.

La prise en charge du ticket modérateur pour l'équipement optique (deux verres et une monture) est limitée à une prise en charge tous les deux ans sauf si la garantie souscrite est limité au remboursement du ticket modérateur.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).**
- **Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux).**

Maternité et adoption :

- **Maternité : Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais liés 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.

Prévention :

Les actes de prévention sont pris en charge par l'INSTITUTION au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,

- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- les vaccins suivants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Médecine alternative : Par dérogation à l'article 17 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant dans les Conditions Particulières.

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

Cure Thermale :

Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale.

15.2 Soins engagés à l'étranger

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.

15.2.1 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 dans le tableau des garanties.

Les présentes Conditions Générales ne couvrent pas les salariés expatriés.

15.2.2 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 16 - RISQUES EXCLUS

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

En aucun cas, l'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 pour les contrats « responsables ».

TROISIEME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 17 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

17.1 Services de 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 ayants droit un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à 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 ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

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

17.2 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un Bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité Sociale, le PARTICIPANT en informe l'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.

17.3 Demandes de Remboursement

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

L'INSTITUTION se réserve le droit de demander au PARTICIPANT toutes autres pièces justificatives 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 prestations (inscription sur des registres nationaux, N° 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.

- **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).**

17.4 Justificatifs et Contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.
- Le service médical de l'INSTITUTION peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du PARTICIPANT et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

L'INSTITUTION peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y **compris après résiliation du contrat**.

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

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| Prothèses dentaires – Orthodontie - Parodontologie - Prises en charge ou non prises en charge 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 thermique | Facture acquittée du séjour |

| Non Bénéficiaire Noémie* | Justificatifs à fournir |
|--|---|
| Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale | Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus |

* NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) : système de télétransmission permettant d'échanger des données informatiques entre les caisses d'Assurance Maladie et l'Institution. Ces échanges permettent aux Participants d'être remboursés rapidement sans avoir à envoyer leurs décomptes de la Sécurité sociale à l'Institution.

** 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.

En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'INSTITUTION : Facture acquittée du Ticket Modérateur.