

CONDITIONS GENERALES

Humanis Santé offre enseignants

(Ref.CG/HP HUMANIS SANTE offre enseignants / FS 06.18)

CONTRAT DE PREVOYANCE COLLECTIVE
À ADHESION FACULTATIVE

GARANTIES FRAIS DE SANTE
HUMANIS PREVOYANCE

PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DU CONTRAT	3
Article 2 – DEFINITIONS.....	3
Article 3 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	5
Article 4 – PRISE D’EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT	6
Article 5 – OBLIGATIONS DE L’ADHERENT	6
Article 6 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	7
Article 7 – MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF	11
Article 8 – COTISATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES DE BASE	13
Article 9 – REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES.....	14
Article 10 – RESILIATION DU CONTRAT	14
Article 11 – RECOURS - PRESCRIPTION	15
Article 12 – RECLAMATIONS - MEDIATION.....	16
Article 13 – CONTROLE DE L’INSTITUTION.....	16
Article 14 – DISPOSITIONS DIVERSES	17
TROISIEME PARTIE DEFINITION DES GARANTIES	19
Article 15 – GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	19
Article 16 – RISQUES EXCLUS.....	23
QUATRIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
Article 17 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	24
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	27

PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET ET ARCHITECTURE DU CONTRAT

Le contrat collectif facultatif, s'il est souscrit par l'ADHERENT ainsi que les options facultatives souscrites par le PARTICIPANT sont constitués des présentes Conditions Générales ainsi que du contrat d'adhésion.

Le contrat collectif facultatif est souscrit par la personne morale désignée au contrat 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 Boulevard Edgar Quinet, dénommée ci-après « **l'INSTITUTION** ».

Les Conditions Générales et le contrat d'adhésion associés ont pour objet d'instituer :

- une opération d'assurance à adhésion facultative offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'ADHERENT, la possibilité aux membres du personnel de s'affilier à un contrat frais de santé dénommé ci-après « contrat socle collectif facultatif »,
- des options (niveau 1, niveau 2, niveau3) aux garanties du contrat socle collectif facultatif, à laquelle les membres du personnel de l'ADHERENT peuvent librement adhérer à titre individuel, dénommée ci-après « options facultatives ».

Le contrat socle collectif facultatif et les options facultatives forment un contrat unique et prévoient donc, d'une part, des GARANTIES DE BASE et, d'autre part, des GARANTIES OPTIONNELLES.

Dès lors que le contrat socle collectif facultatif est souscrit par l'Adhérent, le choix de l'option appartient exclusivement au PARTICIPANT.

Les garanties souscrites sont annexées aux présentes Conditions Générales.

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

Article 2 – DEFINITIONS

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

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

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

Bénéficiaire : PARTICIPANT et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au(x) contrat(s) d'adhésion.

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

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

instituant les garanties collectives.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le PARTICIPANT. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

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

Contrat d'accès aux soins (CAS) : Contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Ce contrat s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

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

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

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

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

GARANTIES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES : Garanties servies au titre des options facultatives, en application de la troisième partie des présentes conditions générales, dont la souscription, autorisée par l'ADHERENT, est laissée à la discrétion du PARTICIPANT, et qui ne satisfont pas nécessairement aux conditions du Contrat Responsable.

GARANTIES DE BASE : Garanties servies au titre du contrat collectif facultatif, en application de la deuxième partie des présentes Conditions Générales et satisfaisant au cahier des charges du Contrat Responsable.

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

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

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 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 qui s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

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

PARTICIPANT : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au(x) contrat(s) d'Adhésion et

affiliée au contrat.

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

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

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour le 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. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

Article 3 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

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

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

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

- ✦ **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un Bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ✦ **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- ✦ **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- ✦ **La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).**
- ✦ **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.**
- ✦ **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

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

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

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

Il est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

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

La dénonciation adressée à l'INSTITUTION après le 31 octobre est de nul effet. S'il le souhaite, l'ADHERENT confirme la dénonciation avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La dénonciation du contrat socle collectif facultatif emporte nécessairement la dénonciation des options facultatives.

Article 5 – OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

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 de celle-ci 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 DES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

6.1 Conditions d'affiliation des PARTICIPANTS

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre facultatif, du personnel Enseignant de l'ADHERENT, appartenant à la ou les Catégories définies au contrat d'adhésion.

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

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

L'affiliation au contrat est possible jusqu'à l'âge de 62 ans.

Elle est renouvelée par tacite reconduction sous réserve de fournir un justificatif annuel attestant de l'emploi dans l'établissement.

6.2 Date d'effet de l'affiliation des PARTICIPANTS

L'affiliation prend effet :

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

6.3 Bénéficiaires

6.3.1 Définition des ayants droit

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

- le Conjoint,
- le Partenaire d'un PACS,
- le Concubin,
- les enfants à la charge du PARTICIPANT entendus comme :
 - les enfants du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, s'ils sont effectivement à la charge du PARTICIPANT, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, être non salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du PARTICIPANT, de son Conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin ;

Cas particulier des enfants âgés de 18 à moins de 21 ans, non salariés et ayant la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du PARTICIPANT, de son conjoint, de son Partenaire lié par un PACS ou de son Concubin, dans le cadre de la réforme de la Protection Maladie Universelle : ces ayants

droit majeurs déjà à charge au sens de la Sécurité sociale au 1er janvier 2016 conservent, la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Maladie Universelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme Enfants à charge au titre du présent contrat.

- être âgés de moins de 21 ans, être non salariés, bénéficiaire d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du PARTICIPANT ;
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être âgés de moins de 28 ans, être non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ;
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le PARTICIPANT verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

6.3.2 Affiliation des ayants droit

Les ayants-droit du salarié peuvent adhérer à la couverture du régime par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique.

L'affiliation des ayants droits prend effet à la date d'affiliation du Participant lorsque la demande en est faite simultanément.

A défaut, au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

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

6.3.3 Justificatifs à fournir

Le PARTICIPANT doit joindre avec le Bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, selon sa situation :

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS,

- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux Concubins accompagné de tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les Enfants à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du PARTICIPANT
 - pour l'Enfant à charge de 18 ans à moins de 21 ans non salarié, l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la copie de la carte d'invalidité),
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

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

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

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

6.3 Choix de l'option par le PARTICIPANT et règle de changement d'option

6.3.1 Choix à l'adhésion

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle facultatif. La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les membres de la famille ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

6.3.2 Changement de niveau de garanties

Le salarié peut demander à changer d'option comme suit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente.
Le participant ne pourra demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de deux ans.
- A l'occasion d'une modification de la situation familiales, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement

6.4 Cessation de l'affiliation

6.4.1 Cessation de l'affiliation des PARTICIPANTS

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

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat collectif facultatif,
- soit à sa date de sortie des effectifs,

- soit à la date de son départ à la retraite, à l'exception des PARTICIPANTS reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'ADHERENT,
- soit à la date d'évolution dans une Catégorie autre que celle figurant au contrat d'Adhésion,

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des GARANTIES DE BASE ainsi que celle des GARANTIES COMPLEMENTAIRES.

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

L'INSTITUTION récupère auprès du PARTICIPANT toutes prestations indûment réglées.

6.4.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit

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

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 7.3.1 des présentes Conditions Générales,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le PARTICIPANT demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'INSTITUTION au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'INSTITUTION après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

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

6.5 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

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

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

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit

Le participant doit obligatoirement continuer à acquitter sa cotisation, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

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

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu ne donnant pas lieu à rémunération ou indemnisation dans les conditions ci-dessus (congé parental, congé sabbatique, congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, etc...).

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

Article 7 – MAINTIEN DES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

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

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

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

7.1.1 Conditions au maintien des garanties

Sous réserve pour le PARTICIPANT d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et, par conséquent, les garanties dont profitaient effectivement les Bénéficiaires au jour de la cessation du contrat de travail du PARTICIPANT, sont maintenues à cette occasion, à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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

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

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

7.1.2 Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du PARTICIPANT est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de deux fois la durée de son dernier contrat de travail. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir toutefois excéder douze mois.**

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

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation du contrat, quel qu'en soit le motif, y compris quand cette résiliation fait suite à la disparition de l'ADHERENT.

7.1.3 Obligations déclaratives du PARTICIPANT

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le PARTICIPANT s'engage à fournir à l'INSTITUTION :

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

7.1.4 Garanties

Le PARTICIPANT bénéficie des GARANTIES DE BASE dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail.

Le maintien des GARANTIES DE BASE est accordé aux ayants droit tels que définis au présentes Conditions Générales lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail du PARTICIPANT.

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

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

7.1.5 Financement

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

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

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

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

Sous réserve d'être informé par l'ADHERENT de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du PARTICIPANT, l'INSTITUTION leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la

date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès du PARTICIPANT.

Le délai de deux mois ne court contre l'INSTITUTION qu'à compter de la date à laquelle celle-ci est informée par l'ADHERENT de la cessation du contrat de travail. En tout état de cause, l'INSTITUTION ne sera tenue d'aucune obligation au titre du présent article 8.2 si elle n'est pas informée de la cessation du contrat de travail dans un délai de deux ans courant à compter du jour de celle-ci.

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

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

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

Article 8 – COTISATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES DE BASE

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.

La cotisation afférente aux GARANTIES DE BASE prévues par le contrat est définie dans le contrat d'adhésion.

La structure des cotisations, au titre du contrat collectif facultatif, est une structure Tarif Adulte/ Enfant.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le PARTICIPANT et de la communication à l'INSTITUTION des justificatifs visés à l'article 7.3.3 des présentes Conditions Générales.

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

8.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS.

L'appel des cotisations est effectué auprès du PARTICIPANT

Les cotisations sont acquittées par le PARTICIPANT mensuellement à terme d'avance. A ce titre, le participant remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

8.3 Défaut de paiement des cotisations

L'appel des cotisations est effectué auprès du Participant

Dans le cadre des garanties facultatives que le Salarié peut souscrire (couverture de ses ayants droit) en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au Salarié, en application de l'article L. 932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Cette lettre informe notamment le Salarié que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après

l'envoi de la mise en demeure.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure 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

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles 21.1 et 21.2.

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

9.1 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement et à la fiscalité

Article 10 – RESILIATION DU CONTRAT

Outre le cas de la dénonciation annuelle et de la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du contrat souscrit, ces derniers peuvent être résiliés dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

10.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par le Participant, le contrat pourra être résilié selon les conditions définies aux articles 8.3 des présentes Conditions Générales.

10.2 Fausse déclaration

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 par un PARTICIPANT a été sans influence sur la réalisation du risque, les garanties du contrat 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.

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

10.3.1 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. L'ADHERENT reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des

différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, 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.

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

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

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'INSTITUTION après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 31.3 des présentes Conditions Générales.

Article 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'INSTITUTION en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'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 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 au titre du contrat collectif 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 le Bénéficiaire à l'INSTITUTION.

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

Article 12 – RECLAMATIONS - MEDIATION

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

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

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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'INSTITUTION et après épuisement des voies de recours internes, l'ADHERENT, 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 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'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat 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, les 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). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données 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 des 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 fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Nous pouvons demander au PARTICIPANT de fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à la demande.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

14.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le PARTICIPANT qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique

dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

Société OPPOSETEL

Service Bloctel
6 rue Nicolas Siret
10 000 TROYES

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

14.4 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

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

En cas de contradiction entre les dispositions du contrat d'adhésion et celles des Conditions Générales, ce sont celles qui figurent sur le contrat d'adhésion qui l'emporte.

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

Le contrat exprime l'intégralité des accords conclus entre les parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du 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.

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

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

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

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

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

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

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

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique) »,
- et « non OPTAM/non OPTAM CO ».

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

SOINS DE VILLE EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Actes d'imagerie, échographie et doppler réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Transport pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)**
- **Prothèses auditives**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale (y compris par la Sécurité sociale)**

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

- **Hospitalisation chirurgicale :** frais chirurgicaux proprement dits,
- **Hospitalisation médicale.** Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1^{er} jour**
- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale.** La prise en charge commence **au 1^{er} jour d'hospitalisation.**

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

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**)
- Forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 16 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents »

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

MATERNITE ET ADOPTION :

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

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

Elle est doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple.

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

FRAIS DENTAIRE :

- **Soins et actes dentaires (consultations et soins dentaires y compris prophylaxie, endodontie et de prévention, la radiologie, la chirurgie, la parodontologie ainsi que Inlays Onlays), pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale,**
- **Actes dentaires (Implants, Parodontologie, Piliers sur bridges) non pris en charge par la Sécurité sociale**
- **Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Implants (implant et pilier implantaire) non pris en charge par la Sécurité sociale.**
- **Parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale**

FRAIS D'OPTIQUE :

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

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

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

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

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

PREVENTION :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : 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

MEDECINE DOUCE :

Consultations d'Ostéopathie, de Chiropraxie, d'Acupuncture ou d'Étiopathie

CURES THERMALES : dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours

PACK SERVICES :

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

Les conditions et modalités du Pack Services sont décrites aux annexes jointes dénommées « CGU Téléconsultation 01.2017 », « Notice d'information complémentaire Itelis 01.2018 » et dans la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

15.2 Soins engagés à l'étranger

L'INSTITUTION garantit les actes et frais de soins engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

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 par le contrat.

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 dans les présentes Conditions Générales les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

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

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

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

QUATRIEME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 17 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

17.1 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.

17.2 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

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

17.3.2 Les demandes de prestations, accompagnées des pièces justificatives doivent être produites auprès de l'INSTITUTION dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décompte de la Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les Bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du 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.

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

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

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

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

17.4 Justificatifs et contrôle

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

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

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

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'INSTITUTION se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Bénéficiaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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