



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS ET SERVICES  
POUR JEUNES TRAVAILLEURS**

**CONDITIONS GENERALES  
CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE FACULTATIF**

**GARANTIES FRAIS DE SANTE**

(Référencées CG-CCN FSJT – Santé Options – Octobre 2017)

# SOMMAIRE

<b>TITRE I ADHESION AU CONTRAT</b>	<b>3</b>
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – ADHESION	3
ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT – RENOUELEMENT	3
ARTICLE 4 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	4
ARTICLE 5 - BENEFICIAIRES	5
<b>TITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTE</b>	<b>8</b>
ARTICLE 6 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	8
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTE	8
ARTICLE 8 – RISQUES EXCLUS	11
ARTICLE 9 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	11
<b>TITRE III DISPOSITIONS GENERALES</b>	<b>14</b>
ARTICLE 10 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	14
ARTICLE 11 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	15
ARTICLE 12 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTE	15
ARTICLE 13 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 14 - PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 15 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’INSTITUTION	17
ARTICLE 16 - RESILIATION DE L’ADHESION AU CONTRAT	17
ARTICLE 17 - RECOURS - PRESCRIPTION	18
ARTICLE 18 - RECLAMATIONS – MEDIATION	19
ARTICLE 19 - CONTROLE DE L’INSTITUTION	19
ARTICLE 20 - DISPOSITIONS DIVERSES	20
<b>POUR MIEUX SE COMPRENDRE</b>	<b>21</b>
<b>L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE</b>	<b>22</b>

# TITRE I

## ADHESION AU CONTRAT

### ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la branche ont instauré régime de Frais de Santé obligatoire au profit du personnel de la branche, par le chapitre XVIII de la Convention collective nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs (dénommée ci-après "la Convention collective") du 16 juillet 2003.

L'employeur, relevant de la Convention Collective nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs, adhère au contrat collectif obligatoire de frais de santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 410 005 110 et dont le siège social est à PARIS (75014) - 29, boulevard Edgar Quinet , ci-après dénommée «l'Institution ».

Le présent contrat (n° CCN508101) a pour objet d'instituer une opération d'assurance facultative à laquelle les entreprises adhérentes au contrat collectif obligatoire (n° CCN508100) peuvent affilier leurs salariés. Il est constitué des présentes Conditions Générales ainsi que du bulletin d'adhésion.

### ARTICLE 2 – ADHESION

Afin d'adhérer au contrat, l'employeur devra retourner à l'Institution le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

L'adhésion est acquise à l'employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion contresigné et retourné à l'employeur.

**Seuls peuvent souscrire au contrat surcomplémentaire facultatif les Adhérents ayant souscrit un contrat collectif obligatoire au titre du régime conventionnel obligatoire référencé n°CCN508100.**

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

### ARTICLE 3 - DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT – RENOUELEMENT

**Le présent contrat 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 présent contrat est renouvelé par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée et moyennant le respect d'un préavis de deux mois.**

La résiliation du contrat par l'Adhérent 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'Adhérent 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 collectif obligatoire au titre du régime conventionnel n°CCN508100 emporte nécessairement la dénonciation du présent contrat.**

En cas de changement d'activité plaçant l'entreprise adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective, l'entreprise devra notifier ce changement à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception qui aura valeur de lettre de résiliation.

## **ARTICLE 4 - CONDITIONS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS**

### **4.1 Obligations de l'Adhérent :**

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble de ses salariés sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 18.1.2 de la Convention collective et fournir une liste mentionnant la date d'embauche au sein de l'Entreprise ou une photocopie de la DSN ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact d'Assurés.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats frais de santé, si l'organisme assureur entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'Institution sur support papier ou dématérialisé, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle visé ci-dessous dûment renseigné par chaque Assuré si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN, dans un délai de trente jours suivant : soit la date d'effet du contrat d'adhésion ou des conditions particulières

soit la date de l'entrée de l'Assuré dans la catégorie assurée.

4. L'entreprise peut communiquer à l'Institution, en lieu et place des bulletins d'affiliation et d'adhésion individuelle susvisés, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Entreprise, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité Sociale. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée par le biais d'un bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment complété et signé par chaque salarié si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours de l'adhésion, quitte l'employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée si l'Entreprise n'entre pas dans le périmètre de la DSN, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ du salarié.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 10.
7. Déclarer trimestriellement, à l'Institution, par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat.
8. 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.

### **4.2 Information des Participants**

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Institution.

La notice définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

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

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

#### **4.3 Affiliation des membres du personnel**

Le présent contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 18.1.2 de la Convention collective, de chaque membre du personnel de l'Adhérent.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur, chaque Participant qui appartient à la catégorie assurée ou qui entre en fonction renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Entreprise par la DSN.

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

### **ARTICLE 5 - BENEFICIAIRES**

Le Participant et sa famille, le conjoint et les enfants à charge tels que définis ci-dessous, bénéficient des garanties du contrat.

#### **5.1 Définition des bénéficiaires**

##### ***Définition du conjoint***

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du Participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

##### ***Définition des enfants à charge***

Sont réputés à charge du Participant, les enfants fiscalement à charge du Participant ou de son conjoint, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans (sans justificatif) ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
  - o s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants,
  - o ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi ;
  - o ou sont sous contrat d'apprentissage ;
  - o ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel.
- Quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire.

- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant, si ce dernier est le parent légitime.

### **5.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires**

Le Participant déclare les bénéficiaires des garanties, outre lui-même. La déclaration s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Institution accepte la modification des ayants droits en cas de changement de la situation familiale du Participant (notamment naissance, décès, séparation...). Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Institution de ces modifications.

Il dispose d'un délai de trois mois suivant l'évènement pour effectuer cette information. La modification prend effet à la date de l'évènement sous réserve de la fourniture du bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives. A défaut, la modification prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'extension familiale.

Dans tous les autres cas, le Participant peut affilier son ayant droit au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

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

#### ***Justificatifs à fournir***

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

- la copie du livret de famille,
- la copie du certificat de mariage,
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et la photocopie du dernier avis d'imposition,
- pour les enfants à charge selon leur situation :
  - le certificat de scolarité,
  - la copie du contrat d'apprentissage,
  - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
  - la copie du dernier bulletin de salaire,
  - la carte d'invalidité.

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

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

### **5.3 Cessation de l'affiliation des bénéficiaires**

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions posées à l'article 5.1 ci-avant ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'Institution, pour les bénéficiaires justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire ;

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation du bénéficiaire. 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.

## TITRE II

### GARANTIES FRAIS DE SANTE

#### ARTICLE 6 – 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 », notamment celles de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

À 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 Participant et ses ayants droit pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 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 Participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

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

#### ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

**Les garanties du contrat figurent en annexe des présentes Conditions Générales.**

##### **7.1 Objet et conditions des garanties**

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 8 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 6 ci-avant.

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 des garanties annexé.

**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.**



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 « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

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

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

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

#### **HOSPITALISATION :**

- **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 prise en charge par la Sécurité sociale. :**

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

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière.
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 15 ans** bénéficiaire du contrat sur prescription médicale.

#### **PRATIQUE MEDICALE COURANTE :**

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- **Frais d'analyse et de laboratoire.**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, 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 les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- **Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Frais d'analyse et de laboratoire,**
- **Actes de spécialité,**
- **Radiologie et Ostéodensitométrie.**

#### **PHARMACIE :**

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité sociale.**

#### **TRANSPORT :**

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

### **OPTIQUE :**

- **Verres pris en charge par la Sécurité sociale** : les prestations dépendent du degré de correction,
- **Montures prises en charge par la Sécurité sociale,**

« 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 (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité sociale,**
- **Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables).

### **DENTAIRE :**

- **Soins dentaires y compris parodontologie pris en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale,**
  - Couronnes, bridges et inter de bridges
  - Couronnes sur implant
  - Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires)
  - Réparations sur prothèses
- **Inlays-cores**
- **Actes et Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale : prothèses sur dent vivante, prothèse céramo-céramique, inlays, onlays, parodontologie, implantologie, orthodontie ;**
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale.**

### **APPAREILLAGES:**

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

### **ALLOCATIONS FORFAITAIRES :**

- **Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale** : Honoraires et forfait thermal pris en charge par la Sécurité sociale, **les frais de transport et d'hébergement sont exclus.**

### **PREVENTION :**

L'Institution prend en charge à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur les sept actes de prévention suivants :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>ème</sup> molaires permanentes des enfants avant leur 14<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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 dix-huit mois.

## **7.2 Soins engagés hors de France**

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

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

L'Institution intervient dès lors que les Participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

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

**Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.**

### ***Justificatifs***

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

## **ARTICLE 8 – RISQUES EXCLUS**

**Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 7 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.

## **ARTICLE 9 - MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

### **9.1 Service 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 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. **9.2 La prise en charge optique** L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le bénéficiaire profite de ce service. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées aux tableaux des garanties figurant en annexe.

### **9.3 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.

### **9.4 Demandes de Remboursement**

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 17.**

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

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

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

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

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

L'Institution règle ses prestations Frais de Santé par virement sur le compte bancaire ou postal du Participant :

### **9.6 Justificatifs et contrôle**

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

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Participant ou de son ayant droit affilié qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant ou de son ayant droit affilié. L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

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

	<b>Bénéficiaire NOEMIE</b>
<b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b> Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
<b>Soins courants</b> (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
<b>Optique</b>	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction,</li> <li>- Soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,</li> <li>- Et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.</li> </ul> Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale
<b>Actes et Prothèses dentaires – Orthodontie</b> - 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. *
<b>Cure thermale</b>	Facture acquittée du séjour

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

\* Le Participant peut transmettre à l'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.

## TITRE III

### DISPOSITIONS GENERALES

#### ARTICLE 10 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

##### PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat souscrit par l'employeur prennent effet :

- immédiatement à compter de la date d'effet de son adhésion, pour les Participants présents à cette date et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues l'article 18.1.2 de la Convention collective,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Les garanties étendues aux membres de sa famille prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- à la même date d'affiliation que le Participant ;
- à défaut à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale dans les conditions définies aux présentes conditions générales ;
- à défaut au 1er janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

##### CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

- ***Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées***

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

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

- ***Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées***

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat sont suspendues. Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations prévues en annexe des présentes Conditions Générales à l'exception des Participants dont la suspension du contrat de travail débute ou se termine en cours de mois, pour lesquelles les cotisations sont dues pour le mois civil entier dans les mêmes conditions que les Participants en activité.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant 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 individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.  
L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.**

## **ARTICLE 11 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS**

Sous réserve de l'application de l'article 12 des présentes Conditions Générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- Soit à la date de résiliation ou de non renouvellement de l'adhésion de l'employeur,
- 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'Adhérent,
- à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire n°CCN508100;
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

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

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

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

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

## **ARTICLE 12 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTE**

### **12.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »**

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

### **CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION**

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation 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.

L'Institution tient à la disposition de l'Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Adhérent 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 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 du Participant cesse de plein droit :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas 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, quelle qu'en soit la cause.

## **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 au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat. En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, 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 de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

### **12.2 Maintien des garanties aux Participants démissionnaires**

Le Participant démissionnaire a la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, pendant une période de six mois à compter de la date de fin de son préavis dans le cadre d'un contrat collectif facultatif, moyennant le paiement des cotisations à sa charge exclusive.

### **12.3 Maintien gratuit des garanties Santé aux ayants droit en cas de décès du Participant**

Les ayants droit d'un Participant décédé se voient maintenir gratuitement le bénéfice des garanties du contrat pendant une durée d'un an à compter du jour du décès. Au-delà de cette durée, ils pourront bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 exposé ci-dessous.

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

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel 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 ayants droit d'un Participant décédé.

Sous réserve d'être informé par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du participant, l'Institution leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale ou du décès du Participant.



Ce maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat au moment de la cessation du contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article 12.1.

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

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

En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires pourront être proposées par l'Institution.

### **ARTICLE 13 - 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 sont mentionnés en annexe des présentes Conditions Générales.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet en cours de mois, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à la catégorie assurée. Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

La cotisation est identique pour chacun des Participants quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture du Participant et de ses éventuels ayants droit.

### **ARTICLE 14 - PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations sont exprimées forfaitairement.

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la Convention collective. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Pour les Entreprises n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé au point 8 de l'article 4.1 communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1<sup>er</sup> semestre de l'année suivante.

Il est précisé que pour les assurés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité

**A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'Institution envoie à l'Adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'Institution peut engager, une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.**

La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.

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

### **ARTICLE 15 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION**

Les cotisations et les prestations sont révisables dans les conditions prévues par la convention collective.

### **ARTICLE 16 - RESILIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT**

#### **CAS ET CONDITIONS DE RESILIATION**

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

### ***Fausse déclaration***

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

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

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

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent. Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du Code de Commerce.

### **EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT**

#### ***Vis-à-vis de l'ADHERENT***

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion, l'Adhérent 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 y afférents.

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

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

La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion de l'Adhérent 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 9.3 des présentes Conditions Générales.

## **ARTICLE 17 - RECOURS - PRESCRIPTION**

### **RECOURS SUBROGATOIRE**

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

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

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

### **PRESCRIPTION**

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

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,**

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution au Participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

## ARTICLE 18 - RECLAMATIONS – MEDIATION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09).

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

HUMANIS PREVOYANCE  
Service Satisfaction Clients  
303 rue Gabriel Debacq  
45777 SARAN Cedex

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

À 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 adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, **sans que ce délai ne puisse au total excéder deux mois.**

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

Médiateur de la protection sociale (CTIP)  
10 rue Cambacérés – 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 19 - CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout -

## ARTICLE 20 - DISPOSITIONS DIVERSES

### CONFIDENTIALITE

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

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

### PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent contrat, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le contrat.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le Participant et l'Institution.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à [contact-cnil@humanis.com](mailto:contact-cnil@humanis.com) ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

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](http://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 présent contrat est en cours, 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'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

## POUR MIEUX SE COMPRENDRE

---

**Actes Hors Nomenclature** : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

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

**Contrat 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.

**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.

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

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

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

**OPTAM – OPTAM CO** : 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 depuis le 1<sup>er</sup> 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.

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

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

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

**Ticket Modérateur** : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

## **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.

