

## **CONDITIONS GENERALES**

### **SURCOMPLEMENTAIRE CCN DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES**

**CG/HP/SURCOM CCN GARDIENS D'IMMEUBLES/01.2017**

**CONTRAT INDIVIDUEL**

**HUMANIS PREVOYANCE**

## SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT .....   | 3         |
| ARTICLE 2 -DEFINITIONS .....   | 3         |
| <b>TITRE I : SOUSCRIPTION DU CONTRAT .....</b>                                   | <b>4</b>  |
| ARTICLE 3 – CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION .....                                  | 4         |
| ARTICLE 4 – FORMALITES DE LA SOUSCRIPTION EN CAS DE VENTE A DISTANCE.....        | 4         |
| ARTICLE 5 – PRISE D’EFFET DU CONTRAT .....                                       | 4         |
| ARTICLE 6 – FACULTE DE RENONCIATION .....  | 5         |
| ARTICLE 7 – DUREE, RENOUELEMENT ET CESSATION DU CONTRAT .....                    | 5         |
| <b>TITRE II : GARANTIES .....</b>  | <b>6</b>  |
| ARTICLE 8 – EXCLUSIONS .....   | 6         |
| ARTICLE 9 – GARANTIES FRAIS DE SANTE .....                                       | 6         |
| <b>TITRE III : COTISATIONS.....</b>  | <b>11</b> |
| ARTICLE 10 – MONTANT DES COTISATIONS .....                                       | 11        |
| ARTICLE 11 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....                                       | 11        |
| ARTICLE 12 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....                             | 11        |
| ARTICLE 13 – REVISIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES.....                     | 11        |
| <b>TITRE IV : VERSEMENT DES PRESTATIONS .....</b>                                | <b>12</b> |
| ARTICLE 14 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS .....                       | 12        |
| <b>TITRE V : DISPOSITIONS GENERALES .....</b>                                    | <b>13</b> |
| ARTICLE 15 – RECOURS SUBROGATOIRE .....  | 13        |
| ARTICLE 16 – PRESCRIPTION .....  | 13        |
| ARTICLE 17 – SOUSCRIPTION AU CONTRAT A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES . | 13        |
| ARTICLE 18 – DEMANDES D’INFORMATION – RECLAMATION - MEDIATION.....               | 14        |
| ARTICLE 19 – CONTROLE DE L’INSTITUTION .....                                     | 14        |
| ARTICLE 20 – DISPOSITIONS DIVERSES.....  | 14        |
| <b>Annexe I - Justificatifs.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>Annexe II - Garanties .....</b>   | <b>18</b> |
| GRILLE OPTIQUE .....   | 21        |
| GRILLE OPTIQUE .....   | 25        |
| <b>Annexe III – Cotisations .....</b>  | <b>26</b> |

---

## Article 1 - OBJET DU CONTRAT

---

Le présent contrat est mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75014), 29 boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution » au profit des membres participants bénéficiant du contrat d'assurance collective du régime frais de santé de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'immeubles (dénommé ci-après contrat d'assurance collective du régime frais de santé).

Il a pour objet de décrire les engagements respectifs entre le membre participant et l'Institution concernant la garantie Frais de Santé.

Le présent contrat est composé :

- des présentes Conditions Générales référencées « CG/HP/SURCOM CCN GARDIENS D'IMMEUBLES /01.2017 » et de ses dispositions annexées,
- d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le membre participant,
- et du Certificat d'Adhésion émis par l'Institution.

Il est régi par le Code de la Sécurité Sociale.

---

## Article 2 -DEFINITIONS

---

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

**Assuré** : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

**Ayants droit** : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

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

**Contrat responsable** : Contrat 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.

**Contrat solidaire** : Contrat 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.

**Garantie** : elle correspond à l'engagement de l'Institution de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

**Membre participant** : le membre participant est la personne qui souscrit au présent contrat en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

**Nomenclature** : cette notion désigne les 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 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « 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 ».

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

**Prestation** : elle correspond à l'exécution de la garantie par l'Institution.

**Remboursement de la Sécurité sociale** :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

**Vente à distance** : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et l'Institution qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de l'Institution comme le téléphone, Internet ou la voie postale),

# TITRE I :

## SOUSCRIPTION DU CONTRAT

---

### Article 3 – CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION

---

Seuls peuvent souscrire le présent contrat, les membres participants bénéficiant du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Pour bénéficier de la garantie, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion et y indiquer notamment les bénéficiaires de la garantie Frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 9.3 qu'il souhaite assurer sous réserve que ces derniers soient affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur ou de son conjoint ou de son partenaire PACS ou de son concubin, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

---

### Article 4 – FORMALITES DE LA SOUSCRIPTION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

---

Le membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation et sous réserve de ne pas les avoir fournis au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé, les justificatifs suivants :

- 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, le bulletin d'adhésion 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'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique.

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

A défaut, le contrat ne prend pas effet.

**Le membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à l'Institution tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle.**

---

### Article 5 – PRISE D'EFFET DU CONTRAT

---

A réception du bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs visés à l'article 4, l'Institution émet un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

Celle-ci prend effet, au plus tôt, au premier jour du mois civil suivant la réception par l'Institution du bulletin d'adhésion dûment signé accompagné des pièces justificatives prévues à l'article 4 des présentes conditions générales.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

---

## Article 6 – FACULTE DE RENONCIATION

---

Si la souscription du présent contrat a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir à compter du jour où le contrat a pris effet.

Cette renonciation doit être notifiée à l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse mentionnée sur la lettre de confirmation accompagnant le certificat d'adhésion.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet du contrat et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, l'Institution rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

*"Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon contrat « SURCOMPLEMENTAIRE CCN GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLES » du .../.../... et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance." Fait le ....., à ....., (signature).*

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent contrat.

---

## Article 7 – DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DU CONTRAT

---

### 7.1 Durée et renouvellement du contrat

**Le contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le membre participant ou l'Institution.**

**La souscription du contrat surcomplémentaire CCN des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles peut intervenir lors de l'affiliation au contrat d'assurance collective du régime frais de santé ou postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.**

### 7.2 Cessation du contrat

Le contrat cesse de plein droit dès lors que le membre participant ne bénéficie plus du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Le contrat peut également cesser :

**- à la demande du membre participant :**

- **au 31 décembre de chaque année**, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Institution au plus tard le 31 octobre.

**La dénonciation par le membre participant de sa souscription est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande de souscription au contrat, sauf dérogation accordée par l'Institution.**

**- à la demande de l'Institution :**

- **au 31 décembre de chaque année**, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée au membre participant au plus tard le 31 octobre,

- **en cas de non-paiement des cotisations**, selon les dispositions prévues à l'article 12,

**- en cas de décès du membre participant.**

L'Institution rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la survenance du décès.

**La cessation du contrat prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation du contrat.**

# TITRE II : GARANTIES

---

## Article 8 – EXCLUSIONS

---

**Ne donnent pas lieu aux garanties les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.**

**Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes mentionnés à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.**

**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 – GARANTIES FRAIS DE SANTE

---

### 9.1 – Contrat « responsable »

Le contrat respecte l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre à la définition du contrat responsable.

**A ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par l'Institution :**

- 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 D160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.
- la majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques

### 9.2 – Choix et changement de garantie

9.2.1 Le contrat se compose de deux options :

- Option 1;
- Option 2.

Le membre participant effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le bulletin d'adhésion.

9.2.2 Le participant peut changer d'option pour lui et ses ayants droit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le membre participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 31 octobre de l'année précédente, **le membre participant ne peut demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de 2 ans,**
- A l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que le membre 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.

9.2.3 Les garanties de l'option retenue prennent effet à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion.

**9.2.4** Les garanties de l'option retenue étendues aux membres de sa famille prennent effet à la date de leur adhésion, soit :

- à la même date d'affiliation que le membre participant au contrat, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille.
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- et dans les autres cas, au 1er janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

### 9.3 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, sous réserve d'être affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé, des justificatifs à apporter visés à l'article 4 et du versement de la cotisation correspondante :

- le membre participant,

Et si le membre participant décide d'étendre la couverture aux membres de sa famille :

- **le conjoint du membre participant. Est considéré comme conjoint :**

- o **le conjoint** du membre participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;
- o **le partenaire** lié au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs) ;
- o **le concubin** du membre participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve 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.

- **les enfants à charge** du membre participant : Sont réputés à charge du membre participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le membre participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du membre participant que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- 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 à 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 18<sup>ème</sup> anniversaire ;
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du membre participant, si ce dernier est le parent légitime.

En tout état de cause, l'adhésion du conjoint et/ou de l'enfant cesse à la date à laquelle il ne satisfait plus aux définitions ci-dessus.

La démission ou la radiation du membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

L'adhésion des membres de sa famille cesse également :

- 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.

### 9.4 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées aux présentes conditions générales.

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par le membre participant, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité et y compris les remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé, 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.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'Institution prend en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R. 322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité Sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont donc remboursés selon les conditions des présentes Conditions Générales, lorsqu'ils sont prévus.

Si le conjoint, le partenaire lié au participant 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 de la Sécurité Sociale sont rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité Sociale s'ils sont supérieurs.

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

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 aux 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.**

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

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, 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.

#### **HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :**

- **Hospitalisation chirurgicale :**
  - frais chirurgicaux proprement dits.
  
- **Hospitalisation médicale :**
  - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.**
  
  - Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, la prise en charge est limitée à :
    - **365 jours,**
    - **180 jours en cas de séjour en psychiatrie,**
    - **30 jours par séjour en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,**
    - **30 jours par année civile en cas de séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale.**

À l'expiration de cette période de 365 jours, 180 jours ou 30 jours à l'exception de la limitation par année civile, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

#### **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 (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours, à 180 jours ou à 30 jours selon le séjour**).
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours, à 180 jours ou à 30 jours selon le séjour**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

#### **PRATIQUE MÉDICALE COURANTE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :**

- **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**



• **Actes médicaux 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)**

• **Radiologie et Ostéodensitométrie réalisées 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).**

**MÉDECINE ALTERNATIVE :** Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France soit :

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

#### **PHARMACIE :**

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité Sociale,**
- **Traitement anti-tabac sur prescription médicale,**
- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale sur prescription médicale,**
- **Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité Sociale.**

#### **TRANSPORT :**

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

#### **OPTIQUE :**

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

**La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période 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 (verre 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),
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels** (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

#### **DENTAIRE :**

- **Soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie ;
- **Inlays – Onlays remboursés par la Sécurité Sociale ;**
- **Inlays core pris en charge par la Sécurité Sociale ;**
- **Implantologie :** implant, pilier implantaire ;
- **Prothèses dentaires prises en charge prises en charge par la Sécurité Sociale :**
  - couronnes, bridges et inter de bridges,
  - couronnes sur implant,
  - prothèses dentaires amovibles,
  - réparations sur prothèses ;
- **Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale :**
  - Couronnes et bridges,
  - Prothèses dentaires provisoires,
  - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique) ;
- **Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale.**

#### **APPAREILLAGES:**

- **Orthopédie et autres prothèses,**
- **Prothèses auditives.**

#### **ALLOCATIONS FORFAITAIRES :**

- **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 10 ans par le membre participant, la même allocation est versée.

Seule la naissance d'un enfant du membre 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 membre participant lui-même.

- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale** : Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

#### **PRÉVENTION :**

L'Institution prend en charge les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum,
- le dépistage de l'hépatite B,
- Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans,
- examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans.

#### **9.5 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 le membre participant bénéficie 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 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.

# TITRE III : COTISATIONS

---

## Article 10 – MONTANT DES COTISATIONS

---

La cotisation est déterminée en fonction de l'option (Option 1 ou Option 2) choisie par le membre participant.

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et individuelles, par bénéficiaire.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le membre participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 6.2 des Conditions Générales.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

**La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant affilié.**

---

## Article 11 – PAIEMENT DES COTISATIONS

---

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique, selon la périodicité retenue par le membre participant.

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

---

## Article 12 – DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

---

**Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Institution adresse au membre participant une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de cette lettre le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne la résiliation du présent contrat.**

---

## Article 13 – REVISIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

---

Les cotisations sont réexaminées, par ailleurs, par l'Institution en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats de l'ensemble des contrats individuels «surcomplémentaire CCN des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeuble».

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

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

En cas de désaccord, le membre participant doit en aviser l'Institution un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

A défaut de désaccord exprimé, le membre participant est réputé avoir accepté ladite modification.

# TITRE IV : VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

## Article 14 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

### 14.1 Paiement des cotisations

**Pour que le membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.**

### 14.2 Services de tiers payant

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 membre 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. A ce titre, Une carte de tiers payant est remise au membre participant et à ses bénéficiaires par l'Institution au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

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 membre participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le membre 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'organisme assureur.

### 14.3 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe aux présentes conditions générales.

L'Institution se réserve le droit de demander au membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative.

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

**Les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de sécurité sociale (ou des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale) sauf cas de force majeure, fortuit ou si l'Institution ne subit pas de préjudice du fait de la déclaration tardive du membre participant ou du bénéficiaire.**

**L'absence de déclaration ou le retard de déclaration préjudiciable à l'Institution entraîne la déchéance de la garantie.**

### 14.4 Justificatifs et contrôle

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

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

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

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

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

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

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

# TITRE V : DISPOSITIONS GENERALES

---

## **Article 15 – RECOURS SUBROGATOIRE**

---

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, 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 dans la limite 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.

---

## **Article 16 – PRESCRIPTION**

---

**Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

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

- en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.
- 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.

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

---

## **Article 17 – SOUSCRIPTION AU CONTRAT A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

---

### **17.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance**

La souscription au contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

### **17.2 Loi applicable**

La loi française est la loi sur laquelle se fonde l'Institution pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant, ainsi que celle applicable au contrat notamment pour son interprétation ou son exécution. Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

### **17.3 Langue utilisée**

L'Institution et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du membre participant au contrat.

### **17.4 Fonds paritaire de garantie**

Le membre participant est informé de l'existence du fonds paritaire de garantie des membres participants contre la défaillance des Institutions de prévoyance et unions des Institutions de Prévoyance, fonds visé aux articles L931-35 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

---

## Article 18 – DEMANDES D'INFORMATION – RECLAMATION - MEDIATION

---

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 du présent régime, à l'adresse suivante :

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

Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (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 de la protection sociale 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 (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 PARIS Cedex 9.

---

## Article 20 – DISPOSITIONS DIVERSES

---

### 20.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- les présentes conditions générales et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le membre participant,
- le certificat d'adhésion,
- les avenants et lettres-avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

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

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

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

### 20.2 Protection des données à caractère personnel

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

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

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 légales susvisées.

### **20.3 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](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 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 30, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

# SURCOMPLEMENTAIRE CCN DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLE

## Annexe I - Justificatifs

|   |
|---|
| Tableau récapitulatif des pièces<br>à joindre aux demandes de prestations |
|---|

|  | <b>Bénéficiaire NOEMIE</b>  |
|--|---|
| <b>Hospitalisation chirurgicale ou médicale</b><br>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>Médecine alternative</b>  | Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)   |
| <b>Optique</b>   | Facture détaillée et acquittée des frais d'optique.<br>En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue :<br>- soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ;<br>- soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction,<br>- et la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.<br>Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale. |
| - Traitements chirurgicaux des troubles visuels  | Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré   |
| <b>Prothèses dentaires – Orthodontie</b><br>- 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>Maternité</b>   | Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie  |
| <b>Adoption</b>  | Photocopie du certificat définitif d'adoption   |
| <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<br>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.

# SURCOMPLEMENTAIRE CCN DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLE

## Annexe II - Garanties

### OPTION 1 :

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Les garanties dont les remboursements sont supérieurs à ceux effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé figurent en grisé.

| Descriptif des garanties  | Prestations  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | Pour rappel vos garanties au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé n°CCN011100/CCN011101  | Vos garanties au titre du présent contrat individuel surcomplémentaire | Garanties totales versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé et du contrat individuel surcomplémentaire   |
| <b>. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>   |  |  |  |
| <b>Hospitalisation médicale et chirurgicale :</b>   |  |  |  |
| . Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)                    | <i>Établissements conventionnés :100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i> | /  | <i>Établissements conventionnés :100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i> |
| . Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>     | <i>Établissements conventionnés :100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés :80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i>  | /  | <i>Établissements conventionnés :100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés :80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i>  |
| . Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup> | <i>Établissements conventionnés :100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés :80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i>  | /  | <i>Établissements conventionnés :100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés :80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i>  |
| . Chambre Particulière (y compris en maternité) <sup>(3)</sup>  | 2 % du PMSS par jour   | /  | 2 % du PMSS par jour   |
| . Forfait Hospitalier   | 100 % des Frais Réels  | /  | 100 % des Frais Réels  |
| . Lit d'Accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans <sup>(3)</sup>   | 1 % du PMSS par jour   | /  | 1 % du PMSS par jour   |
| . Forfait acte lourd  | Pris en charge   | /  | Pris en charge   |

| <b>. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>                                     |  |   |  |
|--|--|---|--|
| . Consultation, visite d'un généraliste adhérent signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>  | 200 % de la BR   | /   | 200 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un généraliste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>   | 180 % de la BR   | /   | 180 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un spécialiste adhérent signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>  | 220 % de la BR   | + 40 % BR   | 260 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>   | 200 % de la BR   | /   | 200 % de la BR   |
| . Actes médicaux réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>  | 220 % de la BR   | + 40 % BR   | 260 % de la BR   |
| . Actes médicaux réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>  | 200 % de la BR   | /   | 200 % de la BR   |
| . Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement   | 160 % de la BR   | /   | 160 % de la BR   |
| . Frais d'analyse et de laboratoire  | 160 % de la BR   | /   | 160 % de la BR   |
| . Forfait acte lourd   | Pris en charge   | /   | Pris en charge   |
| . Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisées par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>     | 190 % de la BR   | /   | 190 % de la BR   |
| . Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisées par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup> | 170 % de la BR   | /   | 170 % de la BR   |
| <b>. MEDECINE ALTERNATIVE<sup>(4)</sup></b>  |  |   |  |
| . Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie   | 30 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire | + 5 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire | 35 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire |
| <b>. PHARMACIE</b>   |  |   |  |
| . Frais pharmaceutiques remboursés par la SS   | 100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité                   | /   | 100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité                   |
| . Traitement anti-tabac sur prescription médicale  | 100 euros par an et par bénéficiaire                                       | /   | 100 euros par an et par bénéficiaire                                       |
| . Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale   | 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     | /   | 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     |
| . Pharmacie prescrite non remboursée par la SS   | /  | 40 euros par an et par bénéficiaire   | 40 euros par an et par bénéficiaire  |
| <b>. TRANSPORT</b>   |  |   |  |
| . Frais de Transport pris en charge par la SS  | 100 % de la BR   | /   | 100 % de la BR   |
| <b>. OPTIQUE</b>   |  |   |  |
| . Verres   | Selon la grille optique ci-après   | /   | Selon la grille optique ci-après   |
| . Monture  |  |   |  |
| . Lentilles prises en charge par la SS   | 6 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     | /   | 6 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     |
| . Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables  | 7 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     | /   | 7 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     |
| . Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)                               | Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil             | /   | Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil             |

| <b>. DENTAIRE</b>  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>. Soins dentaires remboursés par la SS</b> : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie   | <b>170 %</b> de la BR   | /  | <b>170 %</b> de la BR   |
| <b>. Inlays-onlays remboursés par la SS</b>  | <b>170 %</b> de la BR   | /  | <b>170 %</b> de la BR   |
| <b>. Inlays core pris en charge par la SS</b>  | <b>250 %</b> de la BR   | /  | <b>250 %</b> de la BR   |
| <b>. Prothèses dentaires prises en charge par la SS</b> :<br>- couronnes, bridges et inter de bridges<br>- couronnes sur implant<br>- prothèses dentaires amovibles<br>- réparations sur prothèses | <b>370 %</b> de la BR   | <b>+ 80 % BR</b>   | <b>450 %</b> de la BR   |
| <b>. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS</b> :<br>- couronnes et bridges<br>- prothèses dentaires provisoires<br>- réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)        | <b>270 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</b>      | <b>200 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</b> | <b>470 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</b>      |
| <b>. Orthodontie prise en charge par la SS</b>   | <b>300 %</b> de la BR   | /  | <b>300 %</b> de la BR   |
| <b>. Orthodontie non prise en charge par la SS</b>   | /   | <b>300 %</b> de la BR  | <b>300 %</b> de la BR   |
| <b>. Implantologie</b> :<br>- implant<br>- pilier implantaire  | <b>- 12 % du PMSS</b><br><b>- 8 % du PMSS</b>                                       | /  | <b>- 12 % du PMSS</b><br><b>- 8 % du PMSS</b>                                       |
| <b>Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire</b>  |   |  |   |
| <b>. APPAREILLAGE</b>  |   |  |   |
| <b>. Orthopédie et autres prothèses</b>  | <b>160 %</b> de la BR   | /  | <b>160 %</b> de la BR   |
| <b>. Prothèses auditives</b>   | <b>160 %</b> de la BR   | /  | <b>160 %</b> de la BR   |
| <b>. ALLOCATIONS FORFAITAIRES</b>  |   |  |   |
| <b>. Maternité</b>   | Allocation forfaitaire égale à <b>20 % du PMSS</b>                                  | /  | Allocation forfaitaire égale à <b>20 % du PMSS</b>                                  |
| <b>. Cure Thermale prise en charge par la SS</b>   | <b>10 % du PMSS</b> par an et par bénéficiaire                                      | /  | <b>10 % du PMSS</b> par an et par bénéficiaire                                      |
| <b>. PREVENTION</b>  |   |  |   |
| <b>. Détartrage complet sus et sous gingival des dents</b>   | <b>170 %</b> de la BR dans la limite de <b>2 séances</b> par an et par bénéficiaire | /  | <b>170 %</b> de la BR dans la limite de <b>2 séances</b> par an et par bénéficiaire |
| <b>. Dépistage de l'hépatite B</b>   | <b>160 %</b> de la BR   | /  | <b>160 %</b> de la BR   |
| <b>. Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans</b>   | <b>30 euros</b> maximum   | /  | <b>30 euros</b> maximum   |
| <b>. Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans</b>   | <b>50 euros</b> par an et par bénéficiaire  | /  | <b>50 euros</b> par an et par bénéficiaire  |

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) **OPTAM/OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

(3) **La prise en charge en hospitalisation médicale par l'Institution des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :**

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour en psychiatrie,
- 30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,
- 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale.

(4)

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité Sociale / BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale /PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année / SS = Sécurité Sociale

### GRILLE OPTIQUE

| Grille Optique  |                                    | Adultes           |            | Enfants de moins de 18 ans         |                   |            |
|---|------------------------------------|-------------------|------------|------------------------------------|-------------------|------------|
| Verres  |                                    |                   |            |                                    |                   |            |
| Type de verre   | Code LPP                           | Forfait par verre | 2 V + 1 M* | Code LPP                           | Forfait par verre | 2 V + 1 M* |
| <b>Verre simple foyer, Sphérique</b>                          |                                    |                   |            |                                    |                   |            |
| sphère de -6 à +6   | 2203240, 2287916                   | 90 €              | 330 €      | 2242457, 2261874                   | 60 €              | 210 €      |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10                       | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 110 €             | 370 €      | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 80 €              | 250 €      |
| sphère < -10 ou > +10   | 2235776, 2295896                   | 130 €             | 410 €      | 2248320, 2273854                   | 100 €             | 290 €      |
| <b>Verres simple foyer, Sphéro-cylindriques</b>               |                                    |                   |            |                                    |                   |            |
| cylindre < +4<br>sphère de -6 à +6                            | 2226412, 2259966                   | 100 €             | 350 €      | 2200393, 2270413                   | 70 €              | 230 €      |
| cylindre < +4<br>sphère < -6 ou > +6                          | 2254868, 2284527                   | 120 €             | 390 €      | 2219381, 2283953                   | 90 €              | 270 €      |
| cylindre > +4<br>sphère de -6 à +6                            | 2212976, 2252668                   | 140 €             | 430 €      | 2238941, 2268385                   | 110 €             | 310 €      |
| Cylindre > +4<br>sphère < -6 ou > +6                          | 2288519, 2299523                   | 160 €             | 470 €      | 2206800, 2245036                   | 150 €             | 390 €      |
| <b>Verres multi-focaux ou Progressifs sphériques</b>          |                                    |                   |            |                                    |                   |            |
| sphère de -4 à +4   | 2290396, 2291183                   | 250 €             | 650 €      | 2264045, 2259245                   | 170 €             | 430 €      |
| sphère < -4 ou > +4   | 2245384, 2295198                   | 270 €             | 690 €      | 2202452, 2238792                   | 190 €             | 470 €      |
| <b>Verres multi-focaux ou Progressifs sphéro-cylindriques</b> |                                    |                   |            |                                    |                   |            |
| sphère de -8 à +8   | 2227038, 2299180                   | 300 €             | 750 €      | 2240671, 2282221                   | 200 €             | 490 €      |
| sphère < -8 ou > +8   | 2202239, 2252042                   | 320 €             | 790 €      | 2234239, 2259660                   | 220 €             | 530 €      |
| <b>Montures</b>   |                                    |                   |            |                                    |                   |            |
|   | Code LPP                           | Rembt             | 1 M*       | Code LPP                           | Rembt             | 1 M*       |
| Monture   | 2223342                            | 150 €             | 150 €      | 2210546                            | 90 €              | 90 €       |

\* 2V + 1M (équipement) doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et sous déduction des remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

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

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le participant.

## OPTION 2 :

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Les garanties dont les remboursements effectués au titre du présent contrat sont supérieurs à ceux effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé figurent en grisé.

| Descriptif des garanties  | Prestations   |  |   |
|---|---|--|---|
|   | Pour rappel vos garanties au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé<br>n°CCN011100/CCN011101  | Vos garanties au titre du présent contrat individuel surcomplémentaire | Garanties totales versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé et du contrat individuel surcomplémentaire  |
| <b>. HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>   |   |  |   |
| <b>Hospitalisation médicale et chirurgicale :</b>   |   | /  |   |
| <b>. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)</b>                         | <i>Établissements conventionnés : 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i> | /  | <i>Établissements conventionnés : 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i> |
| <b>. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin adhérent signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup></b> | <i>Établissements conventionnés : 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i> | /  | <i>Établissements conventionnés : 100 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 230 % de la BR</i> |
| <b>. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup></b>      | <i>Établissements conventionnés : 100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i> | /  | <i>Établissements conventionnés : 100 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i><br><i>Établissements non conventionnés : 80 % des Frais Réels dans la limite de 200 % de la BR</i> |
| <b>. Chambre Particulière (y compris en maternité) <sup>(3)</sup></b>   | <b>2 % du PMSS par jour</b>   | /  | <b>2 % du PMSS par jour</b>   |
| <b>. Forfait Hospitalier</b>  | <b>100 % des Frais Réels</b>  | /  | <b>100 % des Frais Réels</b>  |
| <b>. Lit d'Accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans<sup>(3)</sup></b>   | <b>1 % du PMSS par jour</b>   | /  | <b>1 % du PMSS par jour</b>   |
| <b>. Forfait acte lourd</b>   | <b>Pris en charge</b>   | /  | <b>Pris en charge</b>   |

| <b>. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné<sup>(1)</sup>)</b>                                     |  |  |  |
|--|--|--|--|
| . Consultation, visite d'un généraliste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>   | 200 % de la BR   | /  | 200 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un généraliste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>   | 180 % de la BR   | /  | 180 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>   | 220 % BR   | +80 % BR   | 300 % de la BR   |
| . Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>   | 200 % de la BR   | /  | 200 % de la BR   |
| . Actes médicaux réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>  | 220 % de la BR   | +80 % BR   | 300 % de la BR   |
| . Actes médicaux réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>  | 200 % de la BR   | /  | 200 % de la BR   |
| . Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement   | 160 % de la BR   | /  | 160 % de la BR   |
| . Frais d'analyse et de laboratoire  | 160 % de la BR   | /  | 160 % de la BR   |
| . Forfait acte lourd   | Pris en charge   | /  | Pris en charge   |
| . Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisées par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup>     | 190 % de la BR   | /  | 190 % de la BR   |
| . Radiologie, Ostéodensitométrie prise en charge par la SS réalisées par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO <sup>(2)</sup> | 170 % de la BR   | /  | 170 % de la BR   |
| <b>. MEDECINE ALTERNATIVE<sup>(4)</sup></b>  |  |  |  |
| . Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie   | 30 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire | + 10 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire | 40 euros par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire |
| <b>. PHARMACIE</b>   |  |  |  |
| . Frais pharmaceutiques remboursés par la SS   | 100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité                   | /  | 100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité                   |
| . Traitement anti-tabac sur prescription médicale  | 100 euros par an et par bénéficiaire                                       | /  | 100 euros par an et par bénéficiaire                                       |
| . Vaccins non pris en charge par la SS sur prescription médicale   | 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     | /  | 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     |
| . Pharmacie prescrite non remboursée par la SS   | /  | 50 euros par an et par bénéficiaire  | 50 euros par an et par bénéficiaire  |
| <b>. TRANSPORT</b>   |  |  |  |
| . Frais de Transport pris en charge par la SS  | 100 % de la BR   | /  | 100 % de la BR   |
| <b>. OPTIQUE</b>   |  |  |  |
| . Verres   | Selon la grille optique ci-après   | /  | Selon la grille optique ci-après   |
| . Monture  |  |  |  |
| . Lentilles prises en charge par la SS   | 6 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     | /  | 6 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     |
| . Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables  | 7 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     | /  | 7 % du PMSS par an et par bénéficiaire                                     |
| . Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)                               | Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil             | /  | Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil             |

| <b>. DENTAIRE</b>  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>. Soins dentaires remboursés par la SS</b> : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie   | <b>170 %</b> de la BR   | /  | <b>170 %</b> de la BR   |
| <b>. Inlays-onlays remboursés par la SS</b>  | <b>170 %</b> de la BR   | /  | <b>170 %</b> de la BR   |
| <b>. Inlays core pris en charge par la SS</b>  | <b>250 %</b> de la BR   | /  | <b>250 %</b> de la BR   |
| <b>. Prothèses dentaires prises en charge par la SS</b> :<br>- couronnes, bridges et inter de bridges<br>- couronnes sur implant<br>- prothèses dentaires amovibles<br>- réparations sur prothèses | <b>370 %</b> de la BR   | <b>+ 80 % BR</b>   | <b>450 %</b> de la BR   |
| <b>. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS</b> :<br>- couronnes et bridges<br>- prothèses dentaires provisoires<br>- réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)        | <b>270 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</b>      | <b>300 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</b> | <b>570 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire</b>      |
| <b>. Orthodontie prise en charge par la SS</b>   | <b>300 %</b> de la BR   | /  | <b>300 %</b> de la BR   |
| <b>. Orthodontie non prise en charge par la SS</b>   | /   | <b>300 %</b> de la BR  | <b>300 %</b> de la BR   |
| <b>. Implantologie</b> :<br>- implant<br>- pilier implantaire  | <b>- 12 % du PMSS</b><br><b>- 8 % du PMSS</b>                                       | <b>- /</b><br><b>- /</b>   | <b>- 12 % du PMSS</b><br><b>- 8 % du PMSS</b>                                       |
| <b>Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire</b>  |   |  |   |
| <b>. APPAREILLAGE</b>  |   |  |   |
| <b>. Orthopédie et autres prothèses</b>  | <b>160 %</b> de la BR   | <b>/</b>   | <b>160 %</b> de la BR   |
| <b>. Prothèses auditives</b>   | <b>160 %</b> de la BR   | <b>+ 5 % PMSS par oreille et par an</b>  | <b>160 % de la BR + 5 % du PMSS par oreille et par an</b>                           |
| <b>. ALLOCATIONS FORFAITAIRES</b>  |   |  |   |
| <b>. Maternité</b>   | Allocation forfaitaire égale à <b>20 % du PMSS</b>                                  | /  | Allocation forfaitaire égale à <b>20 % du PMSS</b>                                  |
| <b>. Cure Thermale prise en charge par la SS</b>   | <b>10 % du PMSS</b> par an et par bénéficiaire                                      | /  | <b>10 % du PMSS</b> par an et par bénéficiaire                                      |
| <b>. PREVENTION</b>  |   |  |   |
| <b>. Détartrage complet sus et sous gingival des dents</b>   | <b>170 %</b> de la BR dans la limite de <b>2 séances</b> par an et par bénéficiaire | /  | <b>170 %</b> de la BR dans la limite de <b>2 séances</b> par an et par bénéficiaire |
| <b>. Dépistage de l'hépatite B</b>   | <b>160 %</b> de la BR   | /  | <b>160 %</b> de la BR   |
| <b>. Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans</b>   | <b>30 euros maximum</b>   | /  | <b>30 euros maximum</b>   |
| <b>. Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans</b>   | <b>50 euros</b> par an et par bénéficiaire  | /  | <b>50 euros</b> par an et par bénéficiaire  |

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) **OPTAM/OPTAM CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM CO.

(3) **La prise en charge en hospitalisation médicale par l'Institution des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :**

- **365 jours,**
- **180 jours en cas de séjour en psychiatrie,**
- **30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,**
- **30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale.**

(4)

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

**Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.**



BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale  
 PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année  
 SS = Sécurité Sociale

### GRILLE OPTIQUE

| Grille Optique  |                                       | Adultes           |             | Enfants de moins de 18 ans            |                   |             |
|---|---------------------------------------|-------------------|-------------|---------------------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Verres</b>   |                                       |                   |             |                                       |                   |             |
| Type de verre   | Code LPP                              | Forfait par verre | 2 V + 1 M*  | Code LPP                              | Forfait par verre | 2 V + 1 M*  |
| <b>Verre simple foyer, Sphérique</b>                          |                                       |                   |             |                                       |                   |             |
| sphère de -6 à +6   | 2203240, 2287916                      | 90 €              | 330 €       | 2242457, 2261874                      | 60 €              | 210 €       |
| sphère de -6,25 à -10<br>ou de +6,25 à +10                    | 2263459, 2265330,<br>2280660, 2282793 | 110 €             | 370 €       | 2243304, 2243540,<br>2291088, 2297441 | 80 €              | 250 €       |
| sphère < -10 ou > +10   | 2235776, 2295896                      | 130 €             | 410 €       | 2248320, 2273854                      | 100 €             | 290 €       |
| <b>Verres simple foyer, Sphéro-cylindriques</b>               |                                       |                   |             |                                       |                   |             |
| cylindre < +4<br>sphère de -6 à +6                            | 2226412, 2259966                      | 100 €             | 350 €       | 2200393, 2270413                      | 70 €              | 230 €       |
| cylindre < +4<br>sphère < -6 ou > +6                          | 2254868, 2284527                      | 120 €             | 390 €       | 2219381, 2283953                      | 90 €              | 270 €       |
| cylindre > +4<br>sphère de -6 à +6                            | 2212976, 2252668                      | 140 €             | 430 €       | 2238941, 2268385                      | 110 €             | 310 €       |
| Cylindre > +4<br>sphère < -6 ou > +6                          | 2288519, 2299523                      | 160 €             | 470 €       | 2206800, 2245036                      | 150 €             | 390 €       |
| <b>Verres multi-focaux ou Progressifs sphériques</b>          |                                       |                   |             |                                       |                   |             |
| sphère de -4 à +4   | 2290396, 2291183                      | 250 €             | 650 €       | 2264045, 2259245                      | 170 €             | 430 €       |
| sphère < -4 ou > +4   | 2245384, 2295198                      | 270 €             | 690 €       | 2202452, 2238792                      | 190 €             | 470 €       |
| <b>Verres multi-focaux ou Progressifs sphéro-cylindriques</b> |                                       |                   |             |                                       |                   |             |
| sphère de -8 à +8   | 2227038, 2299180                      | 300 €             | 750 €       | 2240671, 2282221                      | 200 €             | 490 €       |
| sphère < -8 ou > +8   | 2202239, 2252042                      | 320 €             | 790 €       | 2234239, 2259660                      | 220 €             | 530 €       |
| <b>Montures</b>   | <b>Code LPP</b>                       | <b>Rembt</b>      | <b>1 M*</b> | <b>Code LPP</b>                       | <b>Rembt</b>      | <b>1 M*</b> |
| Monture   | 2223342                               | 150 €             | 150 €       | 2210546                               | 90 €              | 90 €        |

\* 2V + 1M (équipement) doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et sous déduction des remboursements effectués au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

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

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le participant.

# SURCOMPLEMENTAIRE CCN DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYES D'IMMEUBLE

## Annexe III – Cotisations

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

| <b>COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS</b><br><i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale)</i> |                 |                 |
|---|-----------------|-----------------|
| <b>Régime de Sécurité sociale</b>   | <b>Option 1</b> | <b>Option 2</b> |
| <b>Membre participant seul</b>  | <b>+ 0,17 %</b> | <b>+ 0,25 %</b> |
| <b>Extension Facultative aux membres de la Famille</b>  |                 |                 |
| <b>Conjoint</b>   | <b>+ 0,17 %</b> | <b>+ 0,25 %</b> |
| <b>Par enfant à charge <sup>(1)</sup></b>   | <b>+ 0,11 %</b> | <b>+ 0,17 %</b> |
| <i><sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>                            |                 |                 |