



ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL  
FRAIS DE SANTÉ DU 28 JUILLET 2009  
DES EXPLOITATIONS DE  
« POLY-CULTURE-ELEVAGE » DE LA MANCHE

**Conditions générales santé**  
**Contrat collectif à adhésion facultative**

Edition janvier 2019

**Garanties frais de santé**

Référence : CG « facultatives » - Accord MANCHE – FS – 01.2019



# SOMMAIRE

## Table des matières

SOMMAIRE .....	3
<b>PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS GENERALES .....</b>	<b>4</b>
▶ Article 1 - Objet du contrat .....	4
▶ Article 2 - Adhésion .....	4
▶ Article 3 - Durée du contrat d'adhésion – Renouvellement .....	4
▶ Article 4 - Conditions d'affiliation des Participants .....	5
▶ Article 5 - Bénéficiaires .....	6
▶ Article 6 - Entrée en vigueur des garanties .....	8
▶ Article 7 - Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant .....	8
▶ Article 8 - Cessation de l'adhésion individuelle du Participant .....	8
▶ Article 9 - Maintien des garanties sante du contrat complémentaire collectif facultatif .....	8
▶ Article 10 - Assiette et montant des cotisations .....	10
▶ Article 11 - Paiement des cotisations .....	10
▶ Article 12 - Révision des cotisations et/ou des garanties .....	10
▶ Article 13 - Résiliation du contrat d'adhésion au contrat complémentaire collectif facultatif .....	11
▶ Article 14 - Recours – Prescription .....	12
▶ Article 15 - Réclamations - Médiation .....	12
▶ Article 16 - Contrôle de l'Institution .....	13
▶ Article 17 - Dispositions diverses .....	13
<b>DEUXIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES .....</b>	<b>15</b>
▶ Article 18 - Contrat solidaire et responsable .....	15
▶ Article 19 - Garanties frais de sante .....	15
▶ Article 20 - Risques exclus .....	18
▶ Article 21 - Modalités de versement des prestations .....	18
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement .....	20
<b>POUR MIEUX SE COMPRENDRE .....</b>	<b>22</b>
<b>ANNEXE I : GARANTIES COMPLEMENTAIRES FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE .....</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXE II : COTISATIONS FRAIS DE SANTE – FACULTATIFS - AGRICULTURE MANCHE</b>	<b>27</b>
<b>L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE .....</b>	<b>28</b>

# PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS GENERALES

## ► Article 1 - Objet du contrat

Les partenaires sociaux ont signé un Accord Collectif Départemental (ci-après dénommé l' « Accord ») en date du 28 juillet 2009 modifié, instituant une assurance complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois, relevant des exploitations de « polyculture-élevage » de la Manche. Au-delà des garanties du contrat d'assurance collective socle collectif obligatoire du régime frais de santé conventionnel, l'Adhérent a la possibilité de souscrire au contrat complémentaire collectif permettant d'étendre les prestations dudit contrat socle collectif obligatoire.

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

Les présentes Conditions Générales et le bulletin d'adhésion associé ont pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion facultative offrant collectivement, et sous réserve de l'accord de l'Adhérent, une extension du contrat socle collectif obligatoire aux ayants droits et aux salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Il est souscrit par la personne morale désignée au Bulletin d'Adhésion auprès de « Humanis Prévoyance », Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75014), 29 boulevard Edgar Quinet, dénommée ci-après « l'Institution ».

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du présent contrat complémentaire collectif facultatif est régie par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie, a pour objet le remboursement des frais de santé.

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

## ► Article 2 - Adhésion

Afin d'adhérer au contrat, l'entreprise devra retourner à l'Institution le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé. L'adhésion est acquise à l'Adhérent à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion contresigné et retourné à l'employeur. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

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

**Seuls peuvent souscrire au contrat socle collectif facultatif les adhérents ayant souscrit un contrat socle collectif obligatoire au titre du régime conventionnel obligatoire ou les salariés ayant un contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.**

**La souscription du contrat complémentaire collectif facultatif peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire. La souscription du contrat complémentaire collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire, de l'Adhérent et de l'Institution. Les deux adhésions se réalisent au moyen de deux contrats d'adhésions différents.**

**Le contrat complémentaire collectif facultatif expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée ou recommandé électronique pour l'adhérent moyennant le respect d'un préavis de deux mois.**

**La dénonciation doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.**

**La dénonciation du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation du contrat complémentaire collectif facultatif.**

## ► Article 4 - Conditions d'affiliation des Participants

### 4.1 Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent devra obligatoirement :

1. Répondre exactement aux questions de l'Institution relatives à l'ensemble du personnel que l'Adhérent envisage de garantir au titre du contrat complémentaire collectif facultatif. Doivent être notamment fournies les caractéristiques sociodémographiques de la catégorie.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'Institution pour son ou ses contrats frais de santé, si l'Adhérent entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'Institution le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment renseigné par chaque Participant qui souhaite adhérer individuellement au contrat complémentaire collectif facultatif (si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN), accompagné des pièces justificatives visées à l'article 5.2, dans un délai de trente jours suivant sa signature par le Participant.
4. Déclarer à l'Institution toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat d'adhésion, entre dans l'effectif de l'entreprise et qui souhaite adhérer à titre individuel au contrat complémentaire collectif facultatif, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
5. Déclarer à l'Institution tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion, quitte l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite, en précisant la date et le motif du départ, si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise ou du changement de catégorie.
6. Déclarer à l'Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son adhésion en application de l'article 9.
7. Tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Adhérent ni traitées par l'Institution par les flux DSN :
  - 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

- Déclarer trimestriellement l'effectif de la catégorie assurée et de la masse salariale brute (si elle a choisi d'assoir les cotisations sur tout ou partie de la rémunération brute), ventilée par tranche soumise à cotisations sociales, lors des appels de cotisations émis par l'organisme assureur;

- Communiquer le formulaire type "Déclaration de portabilité" dûment renseigné et signé pour permettre le maintien des garanties de prévoyance au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, selon les modalités prévues aux dispositions contractuelles existantes.

L'Institution se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de prononcer la résiliation du contrat complémentaire collectif à adhésion facultative en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Adhérent ou par le Participant à l'une des obligations énoncées ci-dessus. **A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'Institution.**

### 4.2 Information des Participants

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

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

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.**

La preuve de la remise de la notice d'information aux Participants et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Adhérent.

### 4.3 Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque membre du personnel qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat complémentaire collectif facultatif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Participant, renseigne intégralement et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution, dans lequel il précise notamment son état civil et ses bénéficiaires.

L'Institution émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- ❖ si le Participant choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'Institution de la demande du Participant

## ► Article 5 - Bénéficiaires

Peuvent être couverts :

- ❖ les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, et ne bénéficiant pas de ce fait du régime. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leurs familles.
- ❖ les ayants droit des salariés affiliés eux-mêmes au contrat socle collectif obligatoire.

### 5.1 Définition des ayants droits

Sont ayants droit du Participant :

- ❖ le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- ❖ le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- ❖ le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les

concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

- ❖ les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :
  - > âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du (membre) participant/souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
  - > âgés de moins de 18 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
  - > âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
  - > âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
  - > âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
  - > quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- ❖ les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- ❖ les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

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

Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution son conjoint,

concubin, partenaire lié par un PACS, ses enfants à charge et ses ascendants à charge.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires, à l'occasion d'une modification de la situation familiale (notamment naissance, décès...)

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

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

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

### **Justificatifs à fournir**

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

- ❖ la copie du livret de famille,
- ❖ la copie du certificat de mariage,
- ❖ l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ❖ l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- ❖ Pour les conjoints, concubins, partenaires liés par un PACS:
  - ❖ la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale,
  - ❖ Photocopie du dernier avis d'imposition commune,
  - ❖ ou en cas d'imposition séparée, photocopie du dernier avis d'imposition du conjoint et assimilé et attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, ...),
  - ❖ attestation sur l'honneur certifiant ne pas exercer d'activité professionnelle ou être à la charge effective, totale et permanente du Participant.
- ❖ pour les enfants à charge selon leur situation :
  - pour les enfants de moins de 21 ans non salariés, une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils sont à la charge effective et permanente du Participant, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS
  - le certificat de scolarité,

- la copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
  - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
  - la copie du dernier bulletin de salaire,
  - Photocopie de tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la carte d'invalidité)
  - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
  - Photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré social au régime de base obligatoire, en vigueur,
- ❖ Pour les ascendants à charge :
- Photocopie de l'avis d'imposition de la personne vivant sous le toit du Participant;
  - tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture, ....) ou à défaut, attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par le Participant et la personne à charge.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

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

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

### **5.3 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 ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- ❖ au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- ❖ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'extension facultative de la famille. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée ou recommandé électronique. 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.

## ► Article 6 - Entrée en vigueur des garanties

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

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

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

- ✦ à la date d'adhésion individuelle du Participant au contrat collectif obligatoire
- ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation.

## ► Article 7 - Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle du Participant

**L'adhésion individuelle du Participant au contrat complémentaire collectif facultatif se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés à l'article 8 des présentes Conditions Générales.**

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

Sous réserve de l'application de l'article 9 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle du Participant au contrat complémentaire collectif facultatif cesse de plein droit :

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

**L'adhésion individuelle du Participant peut également cesser :**

### ✦ à la demande du Participant :

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception ou recommandé électronique, sous réserve que cette demande parvienne à l'Institution au plus tard le 31 octobre,
- en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'Institution dans les conditions prévues à l'article 12.

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

### ✦ à la demande de l'Institution :

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 11,
- en cas de non acceptation par le Participant des propositions de révisions des cotisations formulées par l'Institution, selon les dispositions prévues à l'article 12. L'Institution procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle du Participant au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement,

**La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties du contrat complémentaire collectif à adhésion facultative.**

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution. L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

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

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

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

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



contrat complémentaire collectif facultatif.

### **Conditions au maintien de l'affiliation**

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat complémentaire collectif facultatif et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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

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

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

### **Effet et durée du maintien de l'affiliation**

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

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

En tout état de cause, l'affiliation au contrat complémentaire collectif facultatif du Participant cesse de plein droit :

- ✦ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- ✦ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ✦ en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise au

### **Obligations déclaratives**

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

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

### **Garanties**

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

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

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat complémentaire collectif facultatif, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

### **Financement**

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

### **9.2 Maintien de garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989**

Sous réserve d'en faire la demande à l'Institution, les Participants peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 9.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

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

**Il appartient à l'Adhérent d'informer les Participants du droit établi à leur profit par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.**

L'Institution ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des Participants quant au maintien de garanties.

## ► Article 10 - Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

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

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

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

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

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'article 5.2 des présentes Conditions Générales.

Les cotisations pourront évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, après accord des partenaires sociaux.

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

## ► Article 11 - Paiement des cotisations

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

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations définies en annexe II des présentes Conditions Générales dans les dix jours de son échéance, le Participant pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Institution de la lettre recommandée de mise**

**en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.**

**L'exclusion du Participant du groupe assuré par l'Institution ne le prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.**

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

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

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

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant au contrat.

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

### 12.1 Révision annuelle des cotisations

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

La révision des cotisations doit être notifiée à l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception ou recommandé électronique, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'Adhérent est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

### 12.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celles relatives à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou à des modifications des Bases de

remboursement, à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

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

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Institution un mois avant la date de prise d'effet. Le contrat est résilié à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée. A défaut de désaccord exprimé, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

### 12.3 Modification du périmètre

L'Adhérent s'engage à informer l'Institution de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'Institution.

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

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

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

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

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

### 13.1 Fausse déclaration

**En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent ou d'un Participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un Participant a été sans influence sur la**

**réalisation du risque, les garanties du contrat complémentaire collectif facultatif sont annulées de plein droit.**

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

### 13.2 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Adhérent

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

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

### 13.3 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat

#### Vis-à-vis de l'Adhérent

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

L'Adhérent reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

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

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

La résiliation ou le non-renouvellement de l'adhésion au contrat complémentaire collectif facultatif met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et

sous réserve des dispositions de l'article 21 des présentes Conditions Générales.

## ► Article 14 - Recours – Prescription

### 14.1 Recours subrogatoire

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

### 14.2 Prescription

**Toutes actions dérivant du contrat collectif complémentaire facultatif sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

**Lorsque l'action de l'Adhérent, du Participant ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le Participant ou l'ayant droit concerné 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 ou recommandé électronique 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 ou recommandé électronique par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement de la prestation.**

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

## ► Article 15 - Réclamations - Médiation

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 Prévoyance**

Service Satisfaction Clients  
303, rue Gabriel Debacq  
45 777 Saran cedex

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

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

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur 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 Cambacérès – 75008 Paris

Tél : 01 42 66 68 49

[www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)

[mediateur@ctip.asso.fr](mailto:mediateur@ctip.asso.fr)

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 16 - Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459-75436 PARIS CEDEX 09.

## ► Article 17 - Dispositions diverses

### 17.1 Confidentialité

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

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

### 17.2 Protection des données à caractère personnel

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

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,

y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

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

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

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

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

### 17.3 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 contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant, si ce dernier ne s'est pas opposé

auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

# DEUXIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES

## ► Article 18 - Contrat solidaire et responsable

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

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

**La souscription du contrat complémentaire collectif facultatif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire.**

**La souscription du contrat complémentaire collectif facultatif est autorisée ou refusée par l'Adhérent lors de la signature du Contrat d'Adhésion par l'Adhérent. En cas d'autorisation, elle est laissée à l'appréciation de chaque Participant qui, individuellement, fait part de sa volonté de bénéficier de cette couverture complémentaire.**

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

- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la sécurité sociale).**

- ❖ **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

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 19 - Garanties frais de sante

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

### 19.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 20 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 18 ci-avant.

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

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du 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 aux tableaux des garanties annexés.

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

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

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

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, 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 :**
- ❖ **Hospitalisation médicale :**
- ❖ **Hospitalisation à domicile prise en charge par la MSA.**
- ❖ **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales et médicales :**
  - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
  - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
  - Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements

d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),

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

Pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :

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

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

- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

#### SOINS DE VILLE 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, aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- ❖ **Biologie médicale.**
- ❖ **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, aux soins l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**



#### PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la MSA.**
- ❖ **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la MSA**
- ❖ **Vaccins non remboursés par la MSA**
- ❖ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la MSA**

#### APPAREILLAGE :

- ❖ **Orthopédie et prothèses remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la MSA**

#### TRANSPORT :

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

#### DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la MSA :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- ❖ **Parodontologie non remboursée par la MSA**
- ❖ **Inlays-onlays remboursés par la MSA.**
- ❖ **Prothèses dentaires remboursées par la MSA :**
  - couronnes, bridges et inter de bridges,
  - couronnes sur implant,
  - prothèses dentaires amovibles et transitoires,
  - réparations sur prothèses,
  - inlays-cores.
- ❖ **Prothèses dentaires non remboursées par la MSA :**
  - Couronnes et bridges,
  - réparations sur prothèse (à l'exception des réparations à caractère esthétique).
- ❖ **Orthodontie remboursée ou non par la MSA.**
- ❖ **Implants dentaires.**

#### OPTIQUE :

- ❖ **Équipement optique pris en charge par la MSA (deux verres et une monture).**  
**La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.**

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

- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la MSA.**
- ❖ **Chirurgie réfractive.**

#### MATERNITE :

- ❖ **Allocation maternité**

Une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement, non remboursés par la MSA, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. Cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant.

Cette allocation est doublée en cas de naissance multiple.

Cette allocation n'est pas due en cas d'adoption d'un enfant par le participant.

#### PREVENTION :

- ❖ **Acte de prévention hors fonds de solidarité**

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</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 cas 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 immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

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

#### ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- ❖ **Cure thermale prise en charge par la MSA :** honoraires et soins remboursés par la MSA, transport et hébergement remboursés ou non par la MSA

#### MEDECINES ALTERNATIVES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus » des présentes Conditions Générales, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

#### SERVICE :

- ❖ **Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway**
- ❖ **Tiers Payant iSanté**
- ❖ **Tiers Payant Optique**

### 19.2 Soins engagés hors de France

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

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

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

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

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

#### Justificatifs

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

### ► Article 20 - Risques exclus

**Ne donnent pas lieu au bénéfice de prestations les cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale, les 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 21 - Modalités de versement des prestations

#### 21.1 Tiers payant généralisé

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Participant 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 doit donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant qui n'utilise pas leur carte de tiers-payant ou se voit refuser ce service par le professionnel de santé doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

#### 21.2 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.

#### 21.3 La prise en charge hospitalière

Le Participant informe au plus vite l'Institution de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale. L'institution délivrera alors au Participant 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, à l'exception des frais personnels.

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

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

**A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 14 des présentes Conditions Générales.**

Le Participant 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 au Participant d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires.

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

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

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

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

	<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>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
<b>Soins de Ville</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 MSA ou la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
<b>Prothèses dentaires - Orthodontie - Paradonthologie</b>	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée, acquittée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux* Prescription médicale pour les frais dentaires non pris en charge par la MSA ou la Sécurité sociale
<b>Implants</b>	Facture détaillée et acquittée
<b>Maternité</b>	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
<b>Médecine alternative</b>	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

<b>Pharmacie médicalement prescrite et non remboursée</b> <b>Vaccins non remboursés par la MSA</b> <b>Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la MSA</b>	Facture acquittée et prescription médicale
<b>Cure thermale</b>	Facture acquittée du séjour

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

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

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

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

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

# POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

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

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

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

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

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

**Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

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

**OPTAM / OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

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

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

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

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

# ANNEXE I : GARANTIES COMPLEMENTAIRES FRAIS DE SANTE - AGRICULTURE MANCHE

## GARANTIES SANTE / Régime complémentaire à adhésion facultative

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les Honoraires, les Frais de séjour, les Soins courants, la Pharmacie remboursée à 65% en régime général, le Transport, l'Appareillage, les équipements Optique et Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (SS) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA), les Soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les Actes de prévention sont pris en charge par HUMANIS PREVOYANCE avec un minimum de 100% de la BR - MR ; les Prothèses dentaires SS ou MSA et l'Orthodontie SS ou MSA sont, quant à elles, prises en charge PAR HUMANIS PREVOYANCE avec un minimum de 125% de la BR - MR.

<b>Les garanties s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (sauf garanties exprimées en forfait). Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels - MR, et d'autre part dans la limite de :</b>	
<b>HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1) )</b>	
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale</b>	
Frais de séjour et Fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des Frais Réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	75 Euros par jour pendant 60 jours maximum puis 25 Euros par jour
Chambre particulière en maternité	80 Euros par jour
Chambre particulière en psychiatrie	75 Euros par jour pendant 45 jours par an
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	50 Euros par jour pendant 10 jours maximum puis 30 Euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros
<b>Hospitalisation à domicile</b>	
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
<b>SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1) )</b>	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	250 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	220 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	210 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	190 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	200 % de la BR
Biologie médicale	180 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 Euros

<b>PHARMACIE</b>	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 Euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 Euros
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>	
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % de la BR
<b>APPAREILLAGE</b>	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	285 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros (fauteuil roulant)
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la SS ou la MSA	400 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 Euros
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	250 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	350 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ou la MSA : - Couronnes et bridges - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique) Implants (implant + pilier implantaire)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 Euros
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros
<b>OPTIQUE</b>	
Limitation à un équipement Lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire âgé de 18 ans et plus et à un équipement Lunettes tous les ans pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue	
Verres et montures remboursés par la SS ou la MSA	Réseau ITÉLIS Cf. Grille optique
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100 % de la BR plus un forfait de 200 Euros par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 Euros
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	500 Euros par œil
<b>MATERNITE ET ADOPTION</b>	
Allocation naissance (3) (L'allocation n'est pas due en cas d'adoption.)	Allocation indemnitaire égale à 40 % du PMSS, dans la limite des frais réellement engagés
<b>PREVENTION</b>	
Actes de prévention (4) hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (5)
<b>MEDECINE ALTERNATIVE</b>	
Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe, Sophrologue	30 Euros par consultation, dans la limite de 4 consultations par an et par bénéficiaire



<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale remboursée par la SS ou la MSA :	
- honoraires et soins remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
- transport et hébergement remboursés ou non par la SS ou la MSA	150 Euros
<b>SERVICES</b>	
Assistance de base + Plateforme Itélis + Téléconsultation + Hospiway	Inclus
Tiers Payant iSanté	Prévu
Tiers Payant Optique	Prévu

## Grille ITÉLIS - OPTIQUE

**Les garanties VERRES et MONTURE s'entendent SOUS DEDUCTION des prestations de la SS ou de la MSA.**

VERRES					
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau <b>0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous</b>	Hors réseau	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	Inf ou = à 2,00	Frais réels (*)	100 €	200 €
Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	105 €	250 €
	De 2,25 à 4	Inf ou = à 2,00			
Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	135 €	265 €
	De 4,25 à 6	Inf ou = à 4,00			
Classe 4	De 6,25 à 8	Inf ou = à 4,00	Frais réels (*)	150 €	300 €
	De 0 à 8	Sup ou = à 4,25			
Classe 5	Sup ou = à 8,25	Tous cylindres	Frais réels (*)	200 €	300 € pour les ayants droit mineurs  325 € pour tous les autres bénéficiaires
MONTURE					
Monture remboursée par la SS ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 150 Euros		

(\*) : dans la limite des plafonds du contrat responsable

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

(2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) La garantie Maternité définie ci-dessus est une allocation destinée à rembourser l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement non remboursés par la SS ou la MSA. Au titre du contrat, cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil. L'allocation n'est pas due en cas d'adoption. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

(4) Les actes de prévention sont listés dans les Conditions Générales.

(5) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstitué / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / FR : Frais Réels / MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale / MSA : Mutualité Sociale Agricole / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur (TM = BR - MR)

**Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.**

## ANNEXE II : COTISATIONS FRAIS DE SANTE – FACULTATIF - AGRICULTURE MANCHE

Les cotisations contractuelles du régime complémentaire facultatif frais de santé sont fixées pour les exercices 2019 et suivants à :

FRAIS DE SOINS DE SANTE	PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE
Extension Famille (conjoint + enfants)	1.55% du PMSS *
Salarié seul	0.90% du PMSS *

\* PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale égal à 3 311 euros en 2018

# L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

A qui s'adresser

Humanis  
Service social

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ

# Votre interlocuteur Humanis

## Suivre votre contrat

Téléphone : N° Cristal .....APPEL NON SURTAXE

Adresse : .....

Site internet : .....

**Humanis Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09